1887

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLO[GIE]

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie.

Secrétaire de la Rédaction : M. le Dr Lichtwitz

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, Professeur libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles — **Boucheron**, à Paris. — **Brébion**, à Lyon. — **Bresgen**, à Francfort-sur-Mein. — **Bryson Delavan**, de New-York. — **F. Cardone**, de Naples. — **J. Charazac**, à Toulouse. — **O. Chiari**, Privatdocent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — **G. Coupard**, à Paris. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Gorham Bacon**, de New-York. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne. — **Th. Héring**, médecin de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Masseï**, Professeur de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Moura-Bourouillou**, à Paris. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schiffers**, à Liège. — **Schmiegelow**, à Copenhague. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, professeur d'Otologie à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION
S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT

France . . . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, EDITEUR
8, — Place de l'Odéon, — 8
MDCCCLXXXVII

PRIX DU NUMÉRO : DE[...]

SOMMAIRE

N° 2. — Février 1887.



LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (suite) (1)

Par le Dr MOURA

QUATRIÈME LIVRE

La trachée représente, selon nous, la partie du Basson composée :

1° De la grande et de la petite pièce fermées par le bout inférieur et formant flûte de Pan ou sifflet;

2° Du Bocal ou anneau cricoïdien sur lequel sont fixées les deux anches ou lèvres vocales, avec cette différence que, dans l'instrument de la voix, le cricoïde est mobile de bas en haut et les deux anches libres seulement à leur bord supérieur ou glottique.

Chapitre I. — Trachée; diamètres au niveau des 4e et 5e anneaux.

§ I. — *Diamètre ou calibre antéro-postérieur, chez la femme, 44 larynx.*

Fréquence...... 8 fois 16mm, 7 fois 13mm, 6 fois 15mm, 5 fois 12 et 14mm, 4 fois 11mm, 3 fois 17mm, 2 fois 10 et 19mm, 1 fois 7 et 8mm.

Extrêmes....... 7 et 19mm.

Variétés........ 12mm.

Moyennes : statistique 13mm 5, extrême 13mm, vraie 14mm.

2° Diamètre transverse :

Fréquence...... 8 fois 13mm, 7 fois 16mm, 6 fois 14mm, 5 fois 12 et 15mm, 4 fois 11mm, 3 fois 10mm, 2 fois 9mm, 1 fois 7; 8, 18 et 21mm.

Extrêmes....... 7 et 21mm.

Variétés......... 14mm.

Moyennes : statistique 13mm, extrême et vraie 14mm.

(1) Voir *Revue*, n° 11, novembre 1886.

3° Égalité des deux diamètres, 22 larynx sur 44 :

Fréquence...... 6 fois 16^{mm}, 4 fois 13 et 14^{mm}, 2 fois 11, 15 et 17^{mm}, 1 fois 10 et 12^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 17^{mm}.

Variétés......... 7^{mm}.

Moyennes : statistique 14^{mm}, extrême $13^{mm}5$, vraie $14^{mm}5$.

§ II. — *Chez l'homme, 108 larynx.*

1° Diamètre antéro-postérieur :

Fréquence...... 20 fois 17^{mm}, 17 fois 18^{mm}, 20 fois 20^{mm}, 13 fois 15^{mm}, 9 fois 19^{mm}, 8 fois 21^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 23^{mm}.

Variétés......... 13^{mm}.

Moyennes : statistique 17^{mm}, extrême $16^{mm}5$, vraie 18^{mm}.

2° Diamètre transverse :

Fréquence...... 24 fois 18^{mm}, 16 fois 17^{mm}, 10 fois 20^{mm}, 8 fois 15 et 14^{mm}, 7 fois 21^{mm}, 6 fois 11 et 16^{mm}, 5 fois 19^{mm}, etc.

Extrêmes....... 10 et 26^{mm}.

Variétés......... 16^{mm}.

Moyennes : statistique 17^{mm}, extrême $17^{mm}5$, vraie 18^{mm}.

3° Egalité des deux diamètres, 38 larynx sur 108 :

Fréquence...... 9 fois 17^{mm}, 8 fois 18^{mm}, 4 fois 20^{mm}, 3 fois 15^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 22^{mm}.

Variétés......... 12^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}; extrême, 16^{mm}; vraie $17^{mm}5$.

§ III. — *Comparaison des diamètres de la trachée dans les deux sexes.*

Chez la femme, les deux diamètres, antéro-postérieur et transverse, ont 14^{mm} sur la moitié des sujets et $13^{mm}5$ sur l'autre moitié; ils diffèrent donc entre eux d'un demi-millimètre, en moyenne.

Chez l'homme, la différence entre les deux diamètres est également d'un demi-millimètre, en moyenne.

Quant à leurs dimensions, elles présentent, entre les deux sexes, une différence de 4^{mm}; le calibre trachéal serait donc,

chez l'homme, plus grand que celui de la femme, d'environ un quart, tandis que le calibre cricoïdien masculin n'est plus grand que d'un cinquième.

Leurs variétés de dimensions sont assez nombreuses chez la femme.

Il y en a 12 pour le diamètre antéro-postérieur, 14 pour le diamètre transverse, 7 seulement pour les deux diamètres lorsqu'ils sont égaux. Ces variations sont comprises entre 7 et 21^{mm}.

Chez l'homme, je n'ai constaté la régularité du conduit trachéal que sur le tiers environ des individus, c'est-à-dire, 38 fois sur 108; les diamètres variaient de 10 à 22^{mm}; c'est-à-dire 12 fois.

D'une manière générale, le diamètre antéro-postérieur avait un développement moyen supérieur à celui du diamètre transverse. C'était le contraire pour leurs dimensions extrêmes. Ainsi le diamètre transverse présentait 16 variétés comprises en 10 et 26^{mm}, tandis que le diamètre antéro-postérieur n'en avait que 13 comprises entre 10 et 23^{mm}.

En résumé, si la trachée de l'homme possède en plus 3 à 4^{mm} dans chacun de ses diamètres, son calibre présente moins de régularité que chez la femme.

Chapitre II. — Calibre trachéal et lèvre vocale.

L'influence que le conduit de la trachée exerce, à notre avis, sur les qualités de la voix de poitrine, m'a inspiré l'idée de rechercher les preuves de cette influence plus ou moins directe, dans les rapports millimétriques de la partie vibrante de la lèvre vocale ou de l'anche membraneuse, à l'état de repos et à l'état de tension, avec le calibre de la trachée.

Pour arriver à cette connaissance, j'ai considéré la trachée comme un tube régulier et je lui ai donné pour diamètre ou calibre la moyenne dimension des deux diamètres antéro-postérieur et transverse réunis. Le sexe féminin comprendra seulement 44 sujets, et le sexe masculin 108, comme nous l'avons déjà vu.

§ I. — *Chez la femme.* — *44 larynx.*

1° Calibre trachéal :

Fréquence...... 10 fois 14^{mm}, 8 fois 13^{mm}, 7 fois 16^{mm}, 5 fois 12^{mm}, 3 fois 10, 11 et 15^{mm}, 2 fois 17^{mm}, 1 fois 7, 8 et 21^{mm}.

Extrêmes....... 7 et 21^{mm}.

Variétés......... 14^{mm}.

Moyenne : statistique, 13^{mm}5, extrême et vraie 14^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos et calibre trachéal :

Dimensions semblables :

6 fois 13^{mm}, 4 fois 12^{mm}, 3 fois 10 et 11^{mm}, 1 fois 8^{mm}.

En tout :

21 fois sur 44 sujets ou environ la moitié ou 1/2 .

Dimensions égales ou identiques.

1 fois 11 et 14^{mm}, ou 1/22e seulement.

Lèvre vocale plus grande........................ 37 fois sur 44.

— — petite.......................... 5 fois sur 44.

3° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

8 fois 13^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 5 fois 12^{mm}, 3 fois 11 et 15^{mm}, 2 fois 16 et 17^{mm}, 1 fois 10^{mm}.

En tout :

37 fois sur 44 ou 9/11es.

Dimensions égales ou identiques :

8 fois sur 44 ou 2/11es.

Lèvre vocale tendue plus grande...... 23 fois ou 1/2.

— — petite .... 13 — 1/7e envir.

§ II. — *Chez l'homme.* — *108 larynx.*

1° Calibre trachéal ou diamètre unique :

Fréquence...... 19 fois 17^{mm}, 18 fois 18^{mm}, 16 fois 15^{mm}, 14 fois 16 et 19^{mm}, 9 fois 20^{mm}, 6 fois 14^{mm},4 fois 21 et 22^{mm}, 1 fois 10, 11, 13 et 23^{mm}.

Extrêmes....... 10 et 23^{mm}.

Variétés......... 13^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}3; extrême, 16^{m} 5; vraie, 17^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

16 fois 15^{mm}, 14 fois 16^{mm}, 12 fois 17^{mm}, 8 fois 19 et 20^{mm}, 7 fois 18^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 1 fois 10, 11, 13 et 21^{mm}.

En tout :

74 fois sur 108 ou environ 2/3.

Dimensions égales ou identiques :

13 fois sur 108 ou 1/9e.

Lèvre vocale plus grande...... 27 fois sur 108 ou 1/4
— — petite....... 68 — ou 2/3 envir.

3° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

18 fois 18^{mm}, 14 fois 19^{mm}, 11 fois 17^{mm}, 9 fois 20^{mm}, 4 fois 21 et 22^{mm}, 3 fois 16^{mm}, 1 fois 13, 14, 15 et 23^{mm}.

En tout, 67 fois sur 108 ou environ 2/3.

Dimensions égales ou identiques :

15 fois sur 108 ou environ 1/7e.

Lèvre vocale plus grande...... 71 fois ou 2/3.
— — petite....... 22 — 1/5e.

§ III. — *Comparaison du calibre trachéal et de la lèvre vocale dans les deux sexes.*

Le calibre trachéal mesure chez la femme 13 à 14^{mm} et chez l'homme 17 à 18^{mm}. Anatomiquement et physiologiquement, à l'état normal, la différence entre les deux calibresest de $3^{mm}5$ à 4^{mm} et leur rapport se trouve représenté par 7/9es. Comparé à la proportionnalité 2/3 qui est celle des lèvres vocales entre les deux sexes, le rapport des diamètres ou calibre des deux trachées est plus élevé de 1/9e. Le calibre de la trachée de la femme serait ainsi plus petit que celui de la trachée de l'homme de 2/9es au lieu de 1/3. Les 4^{mm} de différence entre les diamètres de la trachée d'un sexe à l'autre se traduisent, au point de vue du calibre, autrement dit de la surface de cercle du conduit, en 11^{mm} carrés de plus chez l'homme ($56^{mm} - 45^{mm} = 11^{mm}$ carrés).

La similitude entre la lèvre vocale et le calibre trachéal est représenté par 1 sur 2 pour l'état de repos, par 9 sur 11

pour l'état de tension dans le larynx féminin. Elle est de 2/3 et de 7/12es pour le larynx masculin. Il résulte de cette inversion des rapports que le plus important entre le calibre trachéal et la lèvre vocale est celui de l'état de tension de celle-ci, chez le sexe faible, et celui de l'état de repos, chez le sexe opposé. Ce rapport présente une différence de 1/11e en faveur de l'organe vocal masculin ; il aura donc toute sa signification au moment de la phonation pour la femme, au moment de la respiration pour l'homme.

Envisagés au point de vue des différences que présentent entre eux le calibre trachéal et la lèvre vocale, j'ai constaté chez la femme, deux dimensions sur 44 ou 1/22e pour l'état de repos, et 8, pour l'état de tension ou 2/11es. Cette identité s'est rencontrée chez l'homme 13 fois ou 1/9e pour l'état de repos, 15 fois ou 1/7e pour l'état de tension.

On voit par là combien il y a loin des proportions de l'identité à celles de la similitude. Il faudra donc, dans l'application, se garder de prendre les unes pour les autres.

A l'état de repos, la lèvre vocale a été plus petite que le calibre de la trachée 37 fois et plus grande 5 fois, chez la femme. Je l'ai trouvée plus petite 68 fois et plus grande 27 fois chez l'homme, ou 2/3 et 1/4.

A l'état de tension, la lèvre vocale était 13 fois ou 1/7e plus petite et 23 fois ou 1/2 plus grande, dans le larynx féminin, 22 fois plus petite et 71 fois plus grande sur le larynx masculin, ou 1/5e et 2/3.

Ces recherches démontrent que l'état de tension de la lèvre vocale est celui qui offre le rapport le plus élevé avec le calibre de la trachée dans le sexe faible, tandis que pour le sexe opposé, c'est l'état de repos.

La disproportion que présentent, sur le même individu, les dimensions de la lèvre vocale et le calibre trachéal est, dans certains cas, tout à fait inattendu. Ainsi, une lèvre vocale féminine de 9mm au repos, correspondait à des diamètres de 16, 15, 14 et même de 8mm, et une lèvre vocale de 14mm à des diamètres de 20, 16, 14mm. Une lèvre vocale masculine de 17mm à l'état de repos, répondait par exemple, à un calibre trachéal de 12mm, etc.

La disproportion que je signale est moins considérable chez l'homme. Toutefois, les écarts entre les deux dimensions, sur un même larynx, peuvent s'élever et s'abaisser de 1 à 6 et 7mm. Une lèvre vocale de 20 à 21mm, au repos, répond parfois à des diamètres de 14, 15, 16, 22 et même 23mm, tandis qu'une autre de 13 ou de 14mm aura pour correspondant des diamètres de 21, 20, 19 ou 14mm.

En résumé, dans le sexe féminin, la lèvre vocale au repos est égale au calibre trachéal 1 fois sur 22, de dimension semblable 1 fois sur deux, plus petite 9 fois sur 11, et plus grande 1 fois sur 9; à l'état de tension, elle s'est trouvée identique 8 fois sur 44 (2/11); semblable 9 fois sur 11, plus petite 3 fois sur 11 et plus grande 1 fois sur 2.

Dans le sexe masculin, elle est, à l'état de repos, 1 fois sur 9 égale ou identique au calibre, semblable 2 fois sur 3, plus petite 2 fois sur 3 également et plus grande 1 fois sur 4; à l'état de tension, elle est identique 1 fois sur 7, semblable 2 fois sur 3, plus petite 1 fois sur 5 et plus grande 2 fois sur 3.

Les deux chapitres suivants ont été communiqués à l'Académie de médecine, le 14 août 1883 et à l'Académie des sciences le 20 août 1883.

Chapitre III. — Anche vocale ou crico-glottique.

L'anche vocale humaine est cette partie de l'organe de la voix comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre des lèvres de la glotte.

§ I. — *Conditions millimétriques de l'anche vocale, chez la femme, 11 larynx seulement* (1).

1° Hauteur de l'anche vocale :
Fréquence...... 4 fois 12mm, 3 fois 10mm, 2 fois 13mm, 1 fois 14 et 16mm.

(1) L'idée de soumettre à la mensuration millimétrique l'anche crico-glottique humaine m'est venue un peu plus tard et je n'ai pu l'appliquer que sur un nombre très restreint de larynx.

Extrêmes........ 10 et 16^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.
Moyennes : statistique, 13^{mm}; extrême et vraie, 13^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos :
Fréquence...... 4 fois 11^{mm}, 4 fois 10^{mm}, 1 fois 9, 12 et 14^{mm}.
Extrêmes....... 9 et 14^{mm}.
Variétés......... 5^{mm}.
Moyennes : statistique, 11^{mm}; extrême, $11^{mm}5$; vraie 11^{mm}.

3° Lèvre vocale tendue :
Fréquence...... 6 fois 14^{mm}, 2 fois 13^{mm}, 1 fois 11, 15, 17^{mm}.
Extrêmes....... 11 et 17^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.
Moyenne : statistique, extrême et vraie, 14^{mm}.

4° Calibre du cricoïde :
Fréquence...... 3 fois 13^{mm}, 2 fois 10 et 12^{mm}, 1 fois 9, 11, 14 et 18^{mm}.
Extrêmes....... 9 et 18^{mm}.
Variétés......... 9^{mm}.
Moyenne : statistique, 13^{mm}, extrême, $13^{mm}5$, vraie, 14^{mm}.

5° Hauteur du thyréoïde :
Fréquence...... 4 fois 13^{mm}, 3 fois 14 et 15^{mm}, 1 fois 11^{mm},
Extrêmes....... 11 et 15^{mm}.
Variétés......... 4^{mm}.
Moyenne : statistique, $13^{mm}5$; extrême, 13^{mm}; vraie, 14^{mm}.

§ II. — *Chez l'homme, 33 larynx.*

1° Hauteur de l'anche :
Fréquence...... 7 fois 15 et 17^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 4 fois 13, 16 et 18^{mm}, 1 fois 19^{mm}.
Extrêmes...... 13 et 19^{mm}.
Variétés......... 6^{mm}.
Moyenne : statistique. $15^{mm}5$, extrême et vraie 16^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos :

Fréquence...... 12 fois 15^{mm}, 7 fois 16^{mm}, 4 fois 14^{mm}, 3 fois 17^{mm}, 2 fois 12 et 20^{mm}, 1 fois 11, 13 et 18^{mm}.

Extrêmes....... 11 et 20^{mm}.

Variétés......... 9^{mm}.

Moyenne : statistique, $14^{mm}5$, extrême, $15^{mm}5$, vraie, 16^{mm}.

3° Lévre vocale tendue :

Fréquence...... 8 fois 18, 19 et 20^{mm}, 4 fois 17^{mm}, 2 fois 14 et 24^{mm}, 1 fois 16^{mm}.

Extrêmes....... 14 et 24^{mm}.

Variétés......... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, $18^{mm}5$; extrême, 19^{mm}, vraie, 19^{mm}.

4° Calibre du cricoïde. — 33 larynx.

Fréquence...... 9 fois 16 et 17^{mm}, 5 fois 15 et 18^{mm}, 2 fois 14 et 20^{mm}, 1 fois 19^{mm}.

Extrêmes....... 14 et 20^{mm}.

Variétés......... 6^{mm}.

Moyennes : statistique, $16^{mm}5$; extrême, 17^{mm} ; vraie, 18^{mm}.

5° Hauteur du thyréoïde :

Fréquence...... 9 fois 17^{mm}, 6 fois 15^{mm}, 5 fois 18 et 19^{mm}, 4 fois 16^{mm}, 2 fois 20^{mm}, 1 fois 11 et 21^{mm}.

Extrêmes....... 11 et 21^{mm}.

Variétés......... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, $17^{mm}5$; extrême, 16^{mm} ; vraie 17^{mm}.

§ III. — *Comparaison de l'anche vocale dans les deux sexes et avec les dimensions de quelques parties du larynx.*

La hauteur de l'anche vocale diffère de 3^{mm} dans les deux sexes; elle mesure chez la femme 13^{mm} en moyenne, et chez l'homme 16^{mm}, c'est-à-dire un quart en plus. Cette hauteur de l'anche est mesurée du bord supéro-antérieur du cricoïde à la commissure antérieure des lèvres vocales.

Comparée à la lèvre vocale au repos, la hauteur de l'anche s'est trouvée plus grande, en moyenne, de 2^{mm} chez la femme, tandis que chez l'homme elle ne différait pas. Leurs dimensions étaient égales et identiques; 2 fois (10 et 12^{mm}) chez la

première, 5 fois chez le second (2 fois 14^{mm} et 1 fois 13, 15 et 17).

La hauteur de l'anche a été plus grande 7 fois dans le sexe féminin, plus petite 13 fois et plus grande 16 fois dans le sexe masculin.

Leurs dimensions ont été semblables 5 fois sur 11 chez le premier, 20 fois sur 33 chez le second.

Comparée à la lèvre vocale tendue, la hauteur de l'anche avait, chez la femme, 1^{mm} en moins et la même dimension (13 et 14^{mm}) sur deux larynx; elle a été 2 fois sur 11 plus grande, 7 fois plus petite et 2 fois semblable.

Chez l'homme, cette hauteur avait en moyenne 3^{mm} de moins que la lèvre vocale tendue, elle était de dimension semblable 12 fois sur 33, plus grande une seule fois, plus petite 20 fois.

Les différences entre les deux dimensions peuvent aller jusqu'à 6^{mm} sur le même sujet féminin et 10^{mm} sur le même individu masculin.

Les variétés de hauteur de l'anche sont au nombre de 6^{mm} pour les deux sexes.

Ce chiffre, quoique restreint, démontre que l'anche glottique présente dans sa hauteur une plus grande variation millimétrique chez la femme que chez l'homme.

Cette hauteur, dans le larynx féminin, diffère de 1^{mm} seulement avec le calibre du cricoïde ou bocal; ces deux dimensions mesurent en moyenne 13 et 14^{mm}; elles étaient identiques (10 et 12^{mm}) 2 fois, semblables, 7 fois sur 11.

Le calibre du bocal cricoïdien s'est trouvé 5 fois plus grand et 4 fois plus petit que la hauteur de l'anche; leurs différences ont varié de 1 à 6^{mm}; elles étaient 5 fois de 1^{mm} et 1 fois de 2, 3, 5 et 6^{mm}.

Chez l'homme, la hauteur de l'anche avait en moyenne 1^{mm} de moins que le calibre du cricoïde (17 contre 18^{mm}). Leur identité s'est présentée 6 fois sur 33 larynx, leur similitude, 23 fois ou 2/3.

Le calibre de l'anneau cricoïdien a été 21 fois plus grand et 6 fois seulement plus petit. Leurs différences ont aussi varié de 1 à 6^{mm}, comme dans le sexe féminin; elles étaient

9 fois de 2^{mm}, 8 fois de 1^{mm}, 6 fois de 3^{mm}, 2 fois de 4^{mm} et 1 fois de 5 et de 6^{mm}.

La hauteur de l'anche et le calibre du bocal cricoïdien ont ainsi un rapport plus stable chez la femme que chez l'homme.

La hauteur de l'angle saillant du thyréoïde a 1^{mm} de plus, en moyenne, que celle de l'anche vocale, dans les deux sexes, comme l'indiquent les nombres 14 et 17^{mm} contre 13 et 16^{mm}.

Leur identité millimétrique existait sur deux larynx masculins seulement (2 fois 15^{mm}) ; leur similitude, 3 fois chez la femme, 22 fois ou 2 fois sur 3 chez l'homme. Malgré cette similitude assez élevée chez ce dernier, la hauteur de la pomme d'Adam s'est trouvée plus grande que celle de l'anche sur les 6/11es des sujets. Quant à leurs dimensions, elles ont varié, en plus ou en moins, de 1 à 5^{mm} pour le larynx masculin.

Dans le sexe féminin, l'anche vocale a donc moins de fixité dans sa hauteur et dans le calibre de son bocal ; par contre, elle varie moins quant à la longueur de ses bords glottiques. Les variations de la hauteur de l'anche peuvent être atténuées ou augmentées par les changements qui se produisent pendant la phonation ou le chant.

L'émission des notes élevées du registre de la voix s'accompagne, on le sait, de l'élévation du larynx, du rapprochement, en avant, des deux cartilages thyréoïde et cricoïde et en même temps de l'allongement, en arrière, des bords libres de l'anche glottique. Il y a donc, à la fois, diminution de la hauteur de l'anche et accroissement de la longueur de ses bords vibrants.

En résumé, l'identité millimétrique de la hauteur de l'anche et de la longueur de la lèvre vocale ou glottique existait :

Etat de repos, 2 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 33 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, nulle chez l'homme.

La silimitude, repos, 5 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 8 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 3 fois sur 8 chez l'homme.

La hauteur était plus petite que la lèvre glottique :

Au repos, 2 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme.

Tension, 7 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 7 chez l'homme.

Plus grande, au repos, 7 fois sur 11 chez la femme, 4 fois sur 7 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 33 chez l'homme.

CHAPITRE IV. — HAUTEUR DE L'ANCHE VOCALE, LIGAMENT THYRÉO-CRICOÏDIEN ET SITUATION DE LA COMMISSURE DES LÈVRES GLOTTIQUES RELATIVEMENT AU BORD INFÉRIEUR ET A L'ÉCHANCRURE DU CARTILAGE THYRÉOÏDE.

§ I. — *Chez la femme, 11 larynx.*

1° Ligament thyréo-cricoïdien :

Fréquence...... 5 fois 6^{mm}, 3 fois 5^{mm}, 2 fois 8^{mm}, 1 fois 7^{mm}.

Extrêmes....... 5 à 8^{mm}.

Variétés........ 3^{mm}.

Moyennes : statistique 6^{mm}, extrême et vraie $6^{mm}5$.

2° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyréoïde :

Fréquence...... 4 fois à 5 et à 6^{mm}, 2 fois à 7^{mm}, 1 fois à 8^{mm}.

Extrêmes....... 5 et 8^{mm}.

Variétés......... 3^{mm}.

Moyennes : statistique 6^{mm}, extrême $6^{mm}5$, vraie 6^{mm}.

3° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement à l'échancrure ou bord supérieur du thyréoïde :

Fréquence...... 3 fois à 8 et à 9^{mm}, 2 fois à 5^{mm}, 1 fois à 6, 7 et 10^{mm}.

Extrêmes....... 5 et 10^{mm}.

Variétés......... 5^{mm}.

Moyennes : statistique $7^{mm}5$, extrême et vraie $7^{mm}5$.

§ II. — *Chez l'homme, 53 larynx.*

1° Ligament thyréo-cricoïdien :

Fréquence...... 12 fois 7 et 9^{mm}, 5 fois 8^{mm}, 4 fois 10^{mm}.
Extrêmes....... 7 et 10^{mm}.
Variétés......... 3^{mm}.

Moyennes : statistique $8^{mm}5$, extrême et vraie $8^{mm}5$.

2° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyréoïde :

Fréquence...... 10 fois à 7^{mm}, 9 fois à 9^{mm}, 6 fois à 6 et à 8^{mm}, 2 fois à 10^{mm}.
Extrêmes....... 6 et 10^{mm}.
Variétés......... 4^{mm}.

Moyennes : statistique $7^{mm}5$, extrême et vraie 8^{mm}.

3° Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement à l'échancrure du bord supérieur du thyréoïde :

Fréquence...... 9 fois à 8^{mm}, 7 fois à 10^{mm}, 5 fois à 11^{mm}, 4 fois à 9^{mm}, 3 fois à 6^{mm}, 1 fois à 3, 5, 7, 12 et 14^{mm}.
Extrêmes....... 3 et 14^{mm}.
Variétés......... 11^{mm}.

Moyennes : statistique 9^{mm}, extrême $8^{mm}5$, vraie 9^{mm}.

§ III. — *Comparaison des précédentes dimensions millimétriques avec la hauteur de l'anche vocale dans les deux sexes.*

Chez la femme, le ligament thyréo-cricoïdien, à l'état normal, possède en moyenne $6^{mm}5$; chez l'homme il a $8^{mm}5$, c'est-à-dire 2^{mm} en plus ou 1/3. Ce ligament se trouve donc égal, dans les deux sexes, à la moitié de la hauteur de l'anche vocale correspondante à un demi-millimètre près.

L'insertion de la commissure des lèvres vocales se fait à 6^{mm} du bord inférieur du thyréoïde sur le larynx féminin à $7^{mm}5$ sur le larynx masculin. Cette insertion et la hauteur du ligament thyréo-cricoïdien ne diffèrent ainsi que d'un demi-millimètre pour le premier, d'un millimètre pour le second.

L'une et l'autre réunies représentent donc l'équivalent millimétrique de la hauteur de l'anche vocale, laquelle possède en moyenne 13^{mm} dans le sexe féminin, 16^{mm} dans le sexe masculin.

L'insertion de la commissure relativement à l'échancrure thyréoïdienne se fait à 7mm5 chez l'un, à 9mm chez l'autre. leur différence 2mm5 montre que la portion correspondante du cartilage thyréoïde, a pris chez l'homme un développement plus considérable que chez la femme. Ce développement est quelquefois si prononcé, que cette partie du cartilage acquiert jusqu'à 11 variétés millimétriques, contre 5 seulement dans le larynx de la femme.

Or, il est certain que le cartilage thyréoïde subit ce mouvement de croissance *d'arrière en avant* comme de bas en haut, c'est-à-dire dans *ces deux sens*, au moment de la puberté, tandis que le cartilage thyréoïde féminin suit son mouvement de croissance d'une manière lente et régulière dans toutes ses parties.

Il résulte de là, que les lèvres vocales sont entraînées dans ce mouvement d'arrière en avant et qu'elles subissent à leur tour une élongation que le cartilage thyréoïde tient sous sa dépendance.

Ce fait extrêmement important au point de vue de la théorie de la voix et de la physiologie, me servira plus tard à expliquer le véritable rôle du cartilage de la pomme d'Adam dans l'émission des sons vocaux, rôle bien différent de celui que lui attribue Dutrochet. Les deux insertions commissurales supérieure et inférieure constituent la hauteur de la pomme d'Adam, et celle-ci représente la longueur de la lèvre vocale tendue chez la femme, celle de la lèvre vocale normale, à un millimètre près chez l'homme.

La comparaison du ligament thyréo-cricoïdien avec la hauteur de l'insertion commissurale inférieure, démontre qu'il y a entre leurs dimensions millimétriques dans le larynx féminin : identité 9 fois sur 11 ; similitude 10 fois sur 11 et 3 variétés seulement. Dans le larynx masculin, je n'ai constaté l'identité que 7 fois, mais la similitude millimétrique s'est élevée à 26 sur 33, c'est-à-dire aux 9/11es. Les variétés sont au nombre de quatre.

Quant aux différences constatées entre ces dimensions, le ligament thyréo-cricoïdien féminin était 1 fois plus grand

et 1 fois plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale inférieure. Le ligament thyréo-cricoïdien masculin était au contraire 22 fois plus grand et 3 fois plus petit sur les 33 sujets. Leurs variétés comprenaient 5^{mm}.

Comparé à l'insertion commissurale supérieure, le ligament thyréo-cricoïdien s'est trouvé une seule fois de dimension égale, 10^{mm} sur un larynx masculin; cette identité n'existait sur aucun larynx féminin.

La similitude entre ces deux parties de l'organe de la voix a eu lieu 6 fois sur 11 chez la femme, 14 fois sur 33 chez l'homme. Le ligament thyréo-cricoïdien était plus grand que l'insertion commissurale 3 fois, 2 fois de 1^{mm} et 1 fois de $3^{mm}5$ et plus petit 8 fois; il a été 15 fois plus grand et 17 fois plus petit dans le sexe masculin. Les variétés entre ces deux dimensions s'élèvent à 5 pour la femme, à 7 pour l'homme.

(A suivre.)

FAITS CLINIQUES

par le Dr **LENNOX-BROWNE,** de Londres.
(Traduit de l'anglais, par le Dr J. Charazac.)

Vous m'excuserez de ne pas vous envoyer un article spécial, mais je pense pouvoir intéresser mes confrères en rapportant les observations de quelques malades observés dans ma pratique.

Ce résumé pourra donner à ceux de nos confrères qui ne sont pas exclusivement adonnés à la spécialité des maladies des oreilles, du larynx et du nez, une idée de la variété des sujets qu'embrasse le champ de nos observations; j'ose espérer, en outre, qu'il pourra intéresser aussi les lecteurs ordinaires de la *Revue*.

I. — Le malade que je vois le premier est un officier; il présente les signes bien marqués d'une inflammation subaiguë de la luette et un érythème symétrique de la gorge qui me paraissent justifier parfaitement mon diagnostic de syphilis secondaire. Le malade accepte cette manière de voir, mais

déclare n'avoir jamais eu de chancre primitif; il a contracté la maladie en se livrant à des pratiques considérées chez nous, mais à tort, comme beaucoup plus répandues sur le continent que dans la Grande-Bretagne. Il a été constaté depuis, que la femme portait des manifestations secondaires de la syphilis. Le malade n'a présenté que des manifestations cutanées fort légères, mais l'engorgement ganglionnaire a été très considérable. Il est possible — d'aucuns disent certain — que le malade ait eu un chancre à la bouche ayant passé inaperçu. La chose n'est rien moins que certaine. Ce cas, unique dans la science, si je ne me trompe, vient à l'appui de cette idée de Kaposi qui estime « que les papules et les condylômes peuvent apporter la contagion en se reproduisant eux-mêmes et être ensuite suivis des manifestations secondaires. Il pense que c'est de cette façon que dans bien des cas les enfants sont contaminés par leurs nourrices qui présentent sur la mamelle, des papules syphilitiques. Ces papules, lorsqu'elles apparaissent chez l'enfant, sont considérées fort souvent comme des manifestations de syphilis héréditaire.

Je prescris les médicaments qui entrent dans la composition des pilules de sous-chlorure de mercure, connues en Angleterre sous le nom de « Plummer's » et que l'on administre sous la forme de pastilles effervescentes « effervescing Losenges ». Chaque pastille contient : 0,05 cent. de calomel, 0,05 cent. de sulfure d'antimoine, 0,10 cent. de résine de gaïac pulvérisée. Administré sous cette forme, ce médicament produit non seulement les mêmes effets généraux que les pilules, mais encore agit localement. J'ordonne, en même temps, un gargarisme au chlorate de potasse qui doit être employé d'après la méthode bien connue de Von Trœltsch, de manière à baigner complètement l'arrière-gorge et non simplement le voile du palais comme il arrive avec la manière ordinaire de se gargariser.

II. — Mon second malade est une jeune femme âgée de trente ans; elle présente, comme on peut le voir d'après la figure

ci-jointe, des signes très nets de syphilis secondaire, sous forme de plaques muqueuses symétriques. Dans ce cas, étant donnés la position, le caractère et le tempérament de la malade et de son entourage tout entier, la maladie, on ne peut en douter, n'est pas le résultat d'une infection primitive. Elle existait déjà depuis cinq mois quand je vis la malade,



mais d'après les signes physiques, aussi bien qu'en procédant par exclusion, il est impossible de douter du diagnostic auquel je suis arrivé. Dans ce cas, je promets la guérison à la malade à la condition de suivre avec persévérance les mêmes mesures thérapeutiques que j'ai indiquées dans le cas précédent.

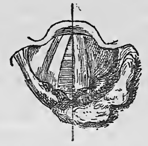
III.— Un troisième cas est celui d'un docteur en médecine français, n'exerçant plus depuis plusieurs années déjà. Il y a un an ou dix-huit mois, il eut un mal à la gorge. A cette même époque, il eut une gonorrhée; repris de nouveau d'un mal de gorge, il vient me trouver pour savoir si les accidents qu'il présente sont d'origine syphilitique. La pâleur de son teint, la rudesse (thickners) de la voix, la douleur qu'il éprouve à ouvrir la bouche me font songer à une angine tonsillaire; c'était en effet la maladie dont il était atteint. Cependant un follicule était si largement et si profondément ulcéré, qu'à première vue je crus qu'il s'agissait vraiment d'un ulcère perforant; un tel état suffisait à justifier ses craintes. Un examen plus attentif me permit de constater d'autres follicules dans un état moins avancé d'inflammation et d'ulcération et me permit de le rassurer sur la gravité de son état.

Profondément convaincu du caractère rhumatismal de cette affection, je prescris du salicylate de soude, du chlorate de potasse et du quinquina, précédés par un laxatif, et aussi des pastilles de gaïac. Dans les cas de douleurs considérables, j'emploie les courants d'eau froide appliqués sur le cou à l'aide du tube de Leiter, de Vienne.

IV. — Un autre malade vient ensuite, qui présente de l'inflammation, une augmentation de volume et des ulcérations de la langue. C'est un jeune homme de vingt-deux ans. Les symptômes que je constate ne présentent aucun caractère digne d'être noté. Dans les cas de ce genre, le sirop français de Gibert me paraît être une manière d'administrer le biiodure, supérieure à toutes celles qui sont usitées chez nous. Je prescris en même temps des lotions au chlorate de potasse et je me propose de faire deux ou trois fois par semaine des applications locales de nitrate d'argent.

V. — Encore un cas d'affection de la gorge. Un médecin me conduit une jeune femme de trente ans, engagée comme nourrice. Il la croit atteinte de phtisie laryngée, bien qu'elle ne présente, ainsi qu'il l'a constaté lui-même, aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. La malade est très amaigrie, elle pèse 40 kilogrammes pour une taille de 64 pouces ($1^{m},60$ environ). Cinq ans auparavant environ, elle a eu une hématémèse dont il m'est impossible de déterminer exactement la nature, mais elle vient me trouver se plaignant d'une dysphagie qui remonte à quatre mois. Elle respire difficilement et sa gêne est considérablement accrue par l'exercice ou le décubitus dorsal. Elle fait observer qu'elle s'éveille fréquemment en proie à des accès de suffocation ; elle est obligée de rester presque toujours assise sur son lit. La respiration est toujours plus ou moins stridente. La voix, qui est devenue malade à peu près à la même époque, est rauque, mais criarde (highpitched), la toux présente les mêmes caractères que la voix. Ce dernier symptôme, désigné, je crois, par Fauvel, sous le nom de cornage, me fait songer à l'affection dont elle est atteinte en effet, à savoir un épithélioma pharyngo-la

ryngé et non pas une phtisie laryngée; car, ainsi que je le fais observer à mon confrère, la tuberculose n'arrive jamais dans le larynx à ce degré de développement sans qu'il survienne en même temps des signes d'infiltration pulmonaire. Je constate du gonflement, de la congestion et l'immobilité de la corde vocale gauche, de la rougeur de la muqueuse qui recouvre le repli ary-épiglottique et l'aryténoïde, et sur



le bord du pharynx à gauche une masse considérable de muco-pus écumeux qui une fois enlevée laisse à découvert une ulcération caractéristique. La planche ci-dessous représente l'aspect de l'organe d'après un dessin tiré de mon livre de notes. En examinant le cou, je constate que la malade est depuis plusieurs années atteinte d'un goître, le côté gauche en est dur et selon toute probabilité a subi la dégénérescence maligne.

VI. — Et maintenant quelques cas d'affection de l'oreille. Un jeune homme de vingt-sept ans vient me trouver pour une surdité considérable survenue graduellement depuis plusieurs années et qui est maintenant si avancée, qu'il est à peu près incapable d'entendre la voix même à l'aide d'un cornet. Quelques années auparavant on l'avait prévenu fort malencontreusement que sa surdité devait sûrement et fatalement progresser et n'avait pris aucune mesure pour l'arrêter, et récemment un jeune médecin auriste avait émis l'opinion qu'il était atteint d'une affection incurable du nerf auditif. A propos de la première constatation, je dois dire que, d'après moi, les otologistes qui ont acquis une haute situation sont un peu trop portés à admettre un diagnostic positivement

défavorable dans les cas qui leur paraissent pouvoir nuire à leur crédit. On ne saurait trop s'élever contre cette coutume, qui trop souvent indispose le malade et l'empêche de continuer un traitement capable d'améliorer la maladie ou d'en arrêter les progrès, et qu'on pourrait proposer avec quelque chance de le faire adopter à ceux à qui leur position permet d'agir ainsi sans crainte de leur part de voir décroître leur réputation en cas d'insuccès. Ainsi le malade avait été victime de la négligence et un praticien plus jeune et plus enthousiaste n'avait pu lui donner les soins nécessaires pour arrêter le cours de la maladie avant qu'elle ne fût arrivée à un degré où tout espoir était perdu. Que le nerf auditif fût malade, cela pouvait être ou n'être pas dans le cas qui nous occupe, mais comme le diapason permettait de constater de grands obstacles à la propagation du son et que le malade affirmait entendre toujours même après l'épreuve de Valsalva, on ne pouvait indiquer clairement jusqu'à quel point le nerf était lésé avant d'avoir dégagé les conduits. Je m'efforçai de faire comprendre au malade sa situation à l'aide d'une comparaison, de même lui dis-je que dans certains cas de cataracte on ne peut dire de quelle affection le nerf optique est atteint jusqu'à ce que la cataracte ait été enlevée, ou en d'autres termes jusqu'à ce que l'ouverture opaque soit redevenue transparente, ainsi dans son cas il était impossible d'affirmer à quel degré le nerf auditif était atteint, jusqu'à ce que les portes de sa chambre aient été ouvertes. J'instituai alors un traitement énergique pour l'affection de l'oreille moyenne, mais sans promettre le moins du monde la guérison au malade, seulement dans l'espoir d'arrêter les progrès du mal et peut-être d'améliorer quelque peu son état. Il faut noter que dans ce cas les bourdonnements étaient très légers ; ils consistaient en des sifflements de caractère ordinairement catarrhal; il n'y avait jamais eu le moindre signe de vertige.

VII. — En dernier lieu on m'amena un enfant de trois ans qui ne serait devenu sourd qu'à l'âge de un an à la suite des oreillons ; depuis lors la surdité est complète, la note sui-

vante que j'envoie au confrère qui m'avait recommandé le malade, donnera au lecteur les résultats de mon examen.

« J'ai le regret de vous dire que dans le cas de l'enfant de Mme S... la perception du nerf acoustique est complètement ou à peu près complètement abolie, et que par conséquent on ne peut espérer une amélioration suffisante pour permettre au malade de se passer des moyens artificiels de communication avec ses semblables, et j'ai vivement recommandé à ses parents de lui donner une instruction préliminaire par la lecture sur les lèvres, afin de le déshabituer absolument de l'usage des signes, et de le placer dans une école où il puisse apprendre à lire sur les lèvres, lorsqu'il aura atteint l'âge de six ou sept ans.

« Il existe cependant un gonflement considérable de la muqueuse de la gorge et une hypertrophie glandulaire évidente de la cavité naso-pharygienne contre laquelle je vous conseille d'agir énergiquement. Ce traitement aura pour résultat de permettre à l'enfant de respirer plus librement et influera sur son développement d'une façon heureuse; on pourra peut-être aussi à l'aide de la douche de Politzer, obtenir une amélioration de l'ouïe assez considérable pour lui permettre de moduler le ton de sa voix quand il aura appris à parler.

« Je ne puis vous promettre davantage bien que l'expérience de quelques auristes, de Bonnafont en particulier, puisse vous engager à persévérer dans l'emploi de la poire de Politzer et de tout traitement destiné à améliorer l'état de l'appareil de transmission, dans l'espoir d'obtenir un résultat plus sensible au point de vue de l'audition.

LENNOX-BROWNE.

COMPTE RENDU DE LA 59e RÉUNION

DES

NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886

SECTION D'OTIATRIE (2).

Suite et fin (1).

Séance du 21 septembre 1886.

Présidence de M. SCHWARTZE.

1° M. GRUBER (Vienne): **Contribution à l'étude de l'anatomie de l'organe de l'ouïe.** — L'auteur décrit l'anatomie de la région de la fenêtre ronde du limaçon. Il prouve que l'opinion admise jusqu'à ce jour, que la cavité labyrinthique sur l'os temporal macéré communique avec la caisse par la fenêtre ronde seule, n'est pas exacte. On constate, en effet, que le vestibule et la rampe supérieure du limaçon communiquent aussi avec la caisse à travers la niche de la fenêtre ronde, par une fente se trouvant sur le plancher de la caisse. Sur le temporal non macéré, cette fente est cachée par le commencement du conduit cochléen dont la surface inférieure est recouverte par le tégument de la niche de la fenêtre ronde.

M. Gruber démontre ces faits anatomiques sur des préparations macérées et non macérées, et il insiste sur leur importance au point de vue physiologique, pathologique et clinique.

2° M. SCHWARTZE (Halle) présente un cas de **Tuberculose du temporal, du pariétal et de l'occipital guéri par opération.** — Discussion : M. Trautmann fait observer que c'est un cas unique et rapporte un fait à peu près analogue, terminé par la mort.

3° M. TRAUTMANN (Berlin) : **Démonstrations de photographies stéréoscopiques faites sur verre et représentant l'anatomie de l'oreille.** — Le rapporteur les recommande pour l'enseignement.

---

(1) Voir n° 1, p. 19.

(2) D'après le *Tageblatt der 59, Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Berlin,* 18-24 septembre 1886.

4° M. Eysell (Kassel) : **Les cellules mastoïdiennes bien développées, garantissent-elles d'une rupture du tympan dans les changements brusques de la pression atmosphérique?** — L'auteur a déjà, en 1873, émis l'hypothèse que plus les cavités de l'oreille moyenne sont développées, plus facilement doit survenir la rupture du tympan sous l'influence d'un changement brusque de la pression de l'air (explosions). Il apporte aujourd'hui de nouvelles preuves pour établir cette hypothèse contraire aux opinions ayant cours dans la science. Des expériences faites sur des cylindres de différente longueur, bouchés à leurs extrémités par une membrane élastique, ont démontré que, étant donnée une augmentation égale de la pression atmosphérique, les membranes des cylindres les plus longs se rompent les premières.

5° M. Schmaltz (Dresde) soumet à la section d'otiatrie plusieurs arguments concernant **la nécessité d'examiner l'ouïe des employés de chemins de fer.** Il serait utile d'examiner ces employés avant leur installation, et après, à des intervalles convenables. De même serait-il nécessaire de fixer le minimum d'audition exigé pour le service. La plupart des membres présents se déclarent conformes avec ces désidérata.

6° Habermann (Prague) : **De l'anatomie pathologique de l'ozène simple.** — Le rapporteur trouva, dans deux cas d'ozène simple, une affection de presque toutes les glandes, autant des glandes acineuses que de celles de Bowmann. Cette affection se caractérise au début par une accumulation de goutelettes de graisse dans l'épithélium des glandes et plus tard par une dégénérescence complète de l'épithélium. On constatait ensuite une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec dégénérescence granuleuse des cellules infiltrées, et sur certains points du tissu on trouvait des gouttes de graisse, déjà décrites par M. Krause. Sur d'autres points de la muqueuse on rencontrait des traînées de cellules fusiformes, parfois même de tissu lamineux avec ratatinement de la muqueuse, de plus une destruction de l'épithélium ou sa métamorphose en épithélium pavimenteux, et une résorp-

tion de l'os avec formation de lacunes. Les sinus veineux superficiels subissent également l'atrophie. L'auteur, d'après ses recherches, croit que l'agent morbide de l'ozène agit par la surface de la muqueuse, c'est-à-dire par les orifices des glandes.

7° M. Hommel (Zurich) : **Courte note sur les résultats nouveaux obtenus par pression du tragus.** — L'auteur recommande de nouveau son procédé de pression du tragus, qu'il a déjà décrit dans le *Archiv für Ohrenheilkunde*. Il l'emploie, 1° dans les catarrhes chroniques simples et suppurés de l'oreille moyenne; 2° dans les catarrhes aiguës simples et suppurés de l'oreille moyenne, une fois la fièvre passée; 3° dans les perforations du tympan; 4° dans la sclérose de l'oreille moyenne.

Plus les troubles de motilité de l'appareil transmetteur des sons sont grands, plus il faut presser le tragus, mais alors, la pression doit être exécutée moins souvent. La pression du tragus n'est nullement un procédé indifférent; elle provoque souvent une myringite, toutefois, sans inconvénient grave. Quand il existe des douleurs on doit interrompre pendant quelque temps ce traitement. Quant aux autres méthodes thérapeutiques, dans les cas de trouble de la motilité de l'appareil transmetteur des sons, aucune, d'après lui, aurait fait ses preuves.

La douche d'air amène facilement un relâchement des ligaments articulaires du marteau et de l'enclume. Aussi faut-il l'employer avec circonspection. L'auteur fait exécuter aux malades par minute 120 à 150 coups pas trop forts dirigés contre le tragus, et fait répéter ce procédé 6 à 8 fois par jour.

Il dit avoir obtenu d'excellents résultats.

M. Lucae (Berlin) fait observer que la pression du tragus peut bien déterminer des mouvements du tympan, mais qu'elle n'agit pas sur les osselets. Ces derniers peuvent être directement mis en mouvement avec la sonde à pression faisant ressort *(Federnde Drucksonde)* préconisée par lui.

M. TRAUTMANN (Berlin) croit impossible que la pression du tragus puisse avoir un résultat quelconque dans les cas de sclérose de l'oreille moyenne et d'ankylose de l'étrier. Au contraire, toute inflammation provoquée par ce procédé ne peut qu'empirer l'affection.

M. HOMMEL répond qu'une amélioration ne se produit pas dans les cas de sclérose, mais on constate que le processus scléreux s'arrête.

M. SCHWARTZE et M. ROHRER ont traité beaucoup de leurs malades par ce moyen et n'ont obtenu aucun résultat; toutefois, le premier de ces auteurs recommande de continuer les essais, étant donné que M. Hommel s'est lui-même guéri, par cette méthode, d'un catarrhe de l'oreille moyenne datant de 25 ans.

M. JACOBSON (Berlin) désire savoir si dans les 80 cas dans lesquels, d'après le travail antérieur de l'auteur, une amélioration serait survenue, on avait fait un autre traitement à l'aide de la sonde et des autres méthodes habituelles de traitement.

Il ne croit pas, du reste, que la douche d'air relâche très facilement les ligaments des articulations des osselets. Cela pourrait avoir lieu dans les oreilles normales, mais non dans les cas pathologiques.

Séance du 22 septembre.

Présidence de M. GRUBER (Vienne).

1° M. ROHRER (Zurich) : **Suite de communications sur les anomalies du pavillon de l'oreille.** — L'auteur apporte 72 observations nouvelles qu'il explique et qu'il groupe en six classes : 1° Nævus sur le pavillon et sur les parties voisines; 2° Arrêts de conformations ou hypergénésies; 3° Nouvelles formations épithéliales ou hyperplasies; 4° Arrêt de conformation de la conque et du tragus; 5° Excès de formation; 6° Localisation de dermatoses.

2° M. HARTMANN (Berlin) : **Nécrose du limaçon avec démonstration d'une préparation.** — Il existe dans la littérature 12 cas où après la destruction du limaçon l'ouïe n'était pas complètement abolie. L'auteur y ajoute une nouvelle observation. Le malade après avoir éliminé presque tout son limaçon pouvait encore percevoir les diapasons ut 2, ut 3, ut 4 placés sur l'apophyse mastoïde ou sur le doigt bouchant l'oreille malade. Mais il croit avec M. Dennert que de malades atteints de surdité unilatérale ne savent pas localiser les sons et que les résultats de l'examen de l'ouïe chez ces malades sont très souvent illusoires.

A la fin l'auteur montre ses schéma qui représentent graphiquement les résultats de l'examen de l'ouïe avec les diapasons de différente hauteur faits chez 100 malades. Il distingue 7 types de dureté d'oreille.

1° Dureté d'oreille considérable pour les sons graves avec perception cranienne bonne; 2° dureté d'oreille considérable pour les sons graves avec perception cranienne mauvaise; 3° dureté d'oreille considérable pour les sons aigus avec perception cranienne bonne; 4° dureté d'oreille considérable pour les sons aigus avec perception cranienne mauvaise; 5° dureté d'oreille égale pour tous les sons avec perception cranienne bonne; 6° dureté d'oreille égale pour tous les sons avec perception cranienne mauvaise; 7° dureté d'oreille irrégulière.

M. JACOBSON (Berlin) déclare les résultats obtenus par la méthode de M. Hartmann comme n'étant pas justes au point de vue physique : 1° L'intensité du son n'est pas simplement proportionnelle à l'amplitude des vibrations des fourches des diapasons, mais proportionnelle au carré de cette amplitude ; 2° la diminution de l'amplitude des vibrations des tiges ou plaques vibrantes ne se fait pas avec une progression arithmétique, mais ordinairement avec une progression géométrique. Pour les diapasons, d'après M. Hensen, cette loi n'a pas même lieu, car ici la diminution de l'amplitude de vibration se fait d'une manière tout à fait irrégulière,

M. Schwartze dit qu'il est très difficile de constater si après l'élimination d'un sequestre du limaçon l'audition pour des sons existe encore ou non. La perception de la voix au moins est toujours abolie. Mais tous ces cas ne suffisent pas pour renverser la théorie de M. Helmholtz.

M. Gruber est sûr et certain qu'une lésion partielle du labyrinthe ne détermine pas forcément une abolition de l'ouïe. Pourquoi les autres parties du labyrinthe seraient-elles du reste absolument exemptes de la faculté de percussion des sons ?

M. Ratz apporte à l'appui de l'assertion de M. Gruber des expériences faites sur les animaux par MM. Munk et Baginsky.

3° M. Dennert (Berlin) : **Sur des recherches acoustiques et physiologiques avec démonstrations.** — Ces recherches portent sur les sons combinés naissant de deux sons de différentes hauteurs et émis pendant un temps assez long et avec une intensité égale. Se basant sur des expériences faites avec des diapasons et des sirènes qu'il montre à la Société, l'auteur réfute la théorie de M. Helmholtz et accepte celle de MM. Joung et Scheibler.

Séance du 23 septembre.

Présidence de M. Trautmann.

1° M. Schwabach (Berlin) montre une série de **préparations de temporal macérés**, sur lesquelles le tympan se présente comme sur le vivant.

2° M. Lichtenberg (Budapesth) montre un nouvel **acoumètre** indiqué par M. Beerwald et construit par M. Oppun. Cet appareil est composé de quatre cloches pouvant être frappées plus ou moins fortement. Une aiguille marque la hauteur du marteau qui tombe sur les cloches.

M. Jacobson (Berlin) dit que cet appareil pourrait servir pour mesurer l'audition d'une manière relative, mais non

d'une manière absolue, tant que nous ne connaîtrons pas la loi d'après laquelle l'intensité des sons des cloches dépend de l'angle sous lequel le marteau retombe sur la cloche.

3° M. Eysell (Kassel) : **Rétrécissement des fosses nasales dû à une étroitesse du palais.** — L'auteur présente des préparations anatomiques dans lesquelles, par compression latérale de l'ogive palatine, la largeur des fosses nasales était diminuée. Ce retrécissement peut porter sur les côtés des fosses nasales, ou sur un côté seulement.

Dans presque tous ces cas, il existait aussi une anomalie de la position des dents.

4° M. Rohrer (Zurich) : **Notes statistiques pour l'appréciation diagnostique de l'expérience de Rinne.** — L'auteur a fait des examens sur 400 malades et il a cherché à établir une relation entre l'expérience de Rinne et la perception des sons aigus, prises avec le sifflet de Galton et les tiges sonnantes de M. Kœnig.

Le Rinne était positif dans la plupart des cas d'affections de l'oreille externe, d'otite moyenne légère et d'otite interne. Il était le plus souvent négatif dans les cas de méningite, d'otite moyenne grave et d'otorrhée. Les sons les plus bas du sifflet de Galton ne furent pas perçus dans l'otite externe et dans l'otite moyenne. Les sons les plus élevés du sifflet ne l'étaient pas dans les cas de bouchons de cérumen, de méningite, d'otorrhée et d'otite interne. L'examen avec les tiges sonnantes rendait évidente une diminution pour les sons aigus dans les cas d'affections de l'oreille moyenne où le Pinne était négatif et surtout dans les affections labyrinthiques.

5° M. Trautmann (Berlin). Observations cliniques : 1° **Un cas d'affection primitive du limaçon se terminant par la nécrose.** — 2° **Un cas d'otite moyenne exsudative se combinant avec des accès épileptiformes.** — Ce dernier cas a été observé chez une fille de trois ans. Après

l'écoulement de l'exsudation de la caisse, s'il survenait un accès seulement.

6° M. Kirchner : **Des fractures du manche du marteau.** — L'auteur rapporte 3 cas. M. Krakauer a observé une fracture du manche du marteau consécutive à un examen du conduit fait par un médecin avec une sonde, sans éclairage.

Dr Lichtwitz.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

De l'innervation, de la fonction et de la paralysie de quelques muscles du larynx (*Innervatic, functic en verlanning von enkele larynxspiren*), par le Dr G.-D. Cohen.

Dans le premier chapitre de sa dissertation, l'auteur traite du muscle crico-thyroïdien. Après en avoir donné une description anatomique détaillée, et après l'énumération des différentes théories émises jusqu'ici sur la fonction de ce muscle, il relate les dernières expériences d'Exner et de Simanowski, et les conclusions que ces Messieurs en ont tirées. Ensuite il communique ses propres expériences, qui lui ont fourni le résultat suivant : Le crico-thyroïdien n'est destiné ni à tirer en bas le cartilage thyroïde, ni à attirer en haut le cartilage cricoïde; il augmente la courbure des lames quadrilatères du cartilage thyroïde, ce qui produit une tension des cordes vocales en largeur. S'il n'y a qu'une paralysie unilatérale du crico-thyroïdien, la voix conserve le registre haut, mais elle perd sa clarté, tandis que, par la paralysie bilatérale, elle devient en outre plus basse.

Dans le second chapitre, l'auteur s'occupe du crico-aryténoïdien postérieur. Il se propose d'indiquer le point où Semon et Krause, qui soutiennent à propos de ce muscle, comme on le sait, des théories tout à fait opposées, pourraient se rencontrer. Pour arriver à ce but, il se base sur les expériences de Exner, qui a trouvé chez le chien que le crico-aryténoïdien postérieur est innervé latéralement et à sa face

antérieure par le laryngé inférieur, à sa face postérieure par le laryngé supérieur, et quelques fois encore par un rameau du laryngé médian du côté opposé. Après avoir discuté les théories de Rosenbach, de Semon et Krause, d'où il relève ce qui lui semble juste, il conclut d'après ses propres expériences : « Si l'on considère : 1° qu'il n'existe (ce qui n'est pas exact) aucun cas incontestable de paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, ayant fini par une paralysie complète du récurrent, et que 2° les mêmes causes provoquent presque toujours une paralysie complète du récurrent et rarement la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur seul, alors il faut avoir recours à la distribution des nerfs laryngés, telle que Exner l'a donnée, et on doit se figurer que — vu les anomalies qui peuvent se présenter partout — l'innervation des muscles laryngés ne suit pas la règle générale dans les cas en question, de sorte que le crico-aryténoïdien postérieur serait innervé exclusivement par le récurrent sans aucune coopération du laryngé supérieur, tandis que les autres muscles laryngés sont plus innervés par le laryngé supérieur. Cela expliquerait en même temps la persistance de l'affection jusqu'à la fin. Cette explication s'appliquerait également aux cas où la cause est centrale, bien qu'on dût encore admettre dans ce cas un centre spécial pour le laryngé supérieur, et un autre pour le récurrent. »

Malheureusement cette explication aussi n'est plus qu'une pure hypothèse et ne tranche aucunement la question. (Fervaert, Leyde, 1886.)

Bayer.

De l'influence de la respiration dans le chant et de la tension passive des cordes vocales, par M. Peltan, professeur de chant.

L'air est le véritable corps sonore dans l'émission de la voix, et M. Peltan croit avoir démontré, par ses expériences, que :

1° La *vitesse absolue* de la poussée d'air dans l'expiration vocale commande la hauteur du son;

2° La *grandeur* des variations des pressions de la colonne d'air sous-glottique règle *l'intensité du son*;

3° La *régularité* du courant d'air expiré détermine la *netteté du son* ;

4° La *voix anchée* (voix de poitrine) est le résultat d'une pression suffisante pour l'ébranlement complet des cordes vocales inférieures, qui, sous l'empire d'une pression déterminée, assument d'elles-mêmes la forme rectiligne. Elle exige un effort des muscles thoraciques ou abdominaux en rapport avec la hauteur et l'intensité du son;

5° La *voix nodale* (voix de tête) est obtenue par une pression intra-trachéale infime;

6° Le *timbre* de la voix dépend de l'abaissement du larynx et des modifications épiglottiques pharyngiennes, buccales et nasale;

7° L'*homogénéité* des sons dans un même registre dépend du degré de fixité du larynx d'abord, et ensuite de l'épiglotte du pharynx de la langue et de la bouche;

8° La *voix sombrée* ne peut être obtenue qu'avec un abaissement du larynx ;

9° La *voix claire* qu'avec une élévation du larynx;

10° La voix *anchée* et la voix *nodale* peuvent être sombrées ou claires. (*La Tribune Médicale*, 3 octobre 1886.)

Dr J. Ch.

Laryngite aiguë phlegmoneuse et suppurée, par le Dr Urunuela.

Il s'agit d'un malade, garde municipal de sa profession, qui, après l'ingestion à une heure du matin d'eau froide, fut pris de toux, de difficulté dans la déglutition. Consécutivement survinrent l'impossibilité d'avaler des matières solides, l'aphonie, des douleurs pongitives du côté gauche de la gorge, de la fièvre et des attaques de dyspnée.

L'examen laryngoscopique permit de constater la présence d'une tuméfaction rouge sombre, proéminant dans la fossette piriforme gauche, dont le centre déprimé offrait une coloration blanche, indice de l'existence du pus; d'un œdème prononcé dans la moitié gauche de l'épiglotte, dans le repli aryténo-épiglottique et les aryténoïdes du même côté, œdème cachant complètement la glotte.

Le contact des pinces laryngées, introduites dans le but de se rendre compte de la résistance de la tumeur, suffit à ouvrir l'abcès qui donna issue à une collection de pus sombre sanguinolent et fétide.

Le traitement institué se composa des inhalations émollientes, de sulfate de quinine. La dyspnée, la disphagie et la disphonie diminuèrent notablement. A un nouvel examen laryngoscopique, la tumeur ne se présentait plus que sous la forme d'une ulcération ronde et suppurante à la base et au côté externe gauche de l'épiglotte, avec diminution de l'œdème. Des applications locales, d'une solution phéniquée et de glycérine iodoformée, et des inhalations émollientes belladonées, finirent par avoir raison de la lésion et des troubles généraux qu'elle provoquait. Vingt jours après, le malade était guéri.

Cette observation rend bien compte des phénomènes objectifs de ces abcès qui sont généralement uni-latéraux, siègent à la base de l'épiglotte (Doving), sur les cartilages aryténoïdes (Gottstein, Schnitzler), sur les replis aryténoépiglottiques (Tobold). (*Mémorias de la Sociédad espanola de laryngologia, otologia y rinologia.* Tome I, Barcelona.)

Dr Lauga.

Mycosis et tuberculose laryngés, par le Dr Ariza.

L'auteur raconte l'observation d'un malade dont le cas présentait de sérieuses difficultés de diagnostic.

M. C... est âgé de vingt-huit ans. Il est porteur d'une pharyngite chronique pour laquelle il a été soigné six ans auparavant et dont il se croit guéri.

C'est pour son larynx qu'il demande des soins. Depuis quatre mois, sa voix est devenue rauque et il éprouve des douleurs en déglutissant. Le peu de gravité de ces symptômes contraste avec les lésions que révèle le laryngoscope. L'épiglotte est ulcérée superficiellement dans toute sa longueur. Les ulcérations sont petites et innombrables, irrégulières, chevauchant les unes sur les autres; leur coloration est blanchâtre plus marquée au centre que sur les bords.

M. Ariza n'hésite pas à attribuer cette lésion à la tuberculose. D'autant qu'il existait dans d'autres points du larynx des signes certains de cette diathèse.

L'aryténoïde droit était hypertrophié avec l'aspect spécial de l'infiltration tuberculeuse; la bande ventriculaire droite était aussi atteinte.

Les poumons n'étaient pas atteints; ni l'auscultation, ni la percussion n'y révélaient de lésions.

En passant, M. Ariza affirme nettement la curabilité de la phymie laryngée. L'erreur de ceux qui ne l'ont pas admise provient, d'après lui, de ce que l'on a confondu en une seule toutes les espèces de phymies laryngées. Celle qui apparaît comme terme ultime de la tuberculose pulmonaire, qui revêt le caractère aigu avec des douleurs atroces, est incurable. Il en est de même de celle qui se manifeste simultanément avec la tuberculose pulmonaire, dont la marche est lente, chronique. Mais il en existe une troisième qui se comporte comme une maladie locale sans réactions générales, qui a une tendance à l'hypertrophie et qui est curable.

C'était le cas du malade de M. Ariza. Il lui ordonna des préparations arsénicales et du phosphate de chaux à l'intérieur, des applications locales d'iodoforme.

Sous l'influence du traitement; les hypertrophies laryngiennes disparurent, contrairement à ce qui arrive quand on a affaire à des lésions anciennes frappées déjà de sclérose. La voix recouvra son timbre et sa force, l'état général fut sensiblement amélioré. Seule, l'épiglotte avait conservé le même aspect. Les attouchements d'acide lactique demeuraient sans résultat, ce qui déconcertait assez M. Ariza. Il eut alors l'idée de recueillir un peu de la matière blanchâtre qui recouvrait l'épiglotte et de la mettre sous l'objectif du microscope.

Il découvrit au milieu des cellules épithéliales du pus, des ramifications de micelium. La question s'éclairait et il s'agissait d'un cas de muguet. Or, le muguet n'est pas, par luimême, une maladie, il est simplement un épiphénomène de maladies, les unes graves, les autres légères. Il n'a de gravité dans le pronostic que celle que lui donne la maladie

qu'il accompagne. Limitée à l'épiglotte, sa présence n'était pas alarmante.

Maintenant les ulcères sur lesquelles reposait le muguet étaient-elles de nature tuberculeuse? M. Ariza ne le croit pas, en raison de l'indolence de ces ulcères, de leur résistance au traitement, alors que les lésions tuberculeuses voisines en étaient si promptement influencées, de leur coloration blanchâtre qui n'a pas été un seul instant modifiée. Il affirme que la détérioration de l'épiglotte de son malade est due à cette végétation particulière. Pour lui la démonstration que le muguet peut détruire, ulcérer les tissus, pénétrer jusqu'aux couches sous-muqueuses et musculaires, est faite. *(Revista de laryng. otol. y rinol.,* tomo II, num. 4.) Dr Lauga.

De l'arthrite crico-aryténoïdienne au début de la tuberculose laryngée, par le Dr A. Cartaz.

La tuberculose semble une des maladies où l'arthrite crico-aryténoïdienne doit être le plus souvent observée; les observations sont rares cependant et les troubles observés ne sont ordinairement pas rapportés à des troubles fonctionnels de l'articulation.

Les lésions articulaires sont, d'après l'auteur, rares dans les premières phases de la tuberculose. Peut-être en cherchant à bien préciser l'origine de la paralysie ou de la parésie, pourrait-on la trouver plus fréquemment dans une altération de l'articulation. L'auteur en rapporte deux observations. (*France Médicale,* 16 et 18 novembre 1886.)

Dr J. Ch.

Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse, par le Dr Frédéric Fournier.

L'auteur consacre le premier paragraphe de sa thèse à un résumé anatomo-pathologique de la laryngite tuberculeuse. Il passe rapidement en revue les lésions que l'on trouve du côté du larynx et les désordres qu'elles peuvent amener à leur suite. Le larynx ainsi modifié ne recouvrera jamais son intégrité anatomo-physiologique; le résultat du traitement

sera d'autant plus beau que les fonctions du larynx guéri se rapprocheront davantage de l'état normal.

On peut diviser en deux grandes classes les moyens destinés à combattre la laryngite tuberculeuse : 1° les uns s'adressent aux lésions elles-mêmes ; 2° les autres aux symptômes de l'affection.

A. TRAITEMENT DES LÉSIONS. — La première indication consiste à s'entourer de toutes les précautions hygiéniques réclamées en pareille circonstance. En second lieu, il sera fait, à l'aide du laryngoscope, une application locale de topiques ; s'il est nécessaire de recourir à d'autres procédés, le médecin emploiera les moyens en rapport avec le but qu'il se propose d'atteindre, tels que les inhalations, pulvérisations, insufflations pulvérulentes, révulsifs.

Les émollients, les astringents, les caustiques, les antimicrobiens sont simplement cités par l'auteur qui semble n'attacher à leur emploi qu'une médiocre importance. Il s'arrête cependant, avec une certaine complaisance, à l'acide lactique récemment préconisé par Mosetig.

L'air chaud pourrait agir de deux façons, d'abord comme anti-microbien — le bacille de la tuberculose ne pouvant vivre dans une température supérieure à 41° — de plus, grâce à l'évaporation, il se produirait au niveau des ulcérations laryngées une croûte membraneuse qui empêcherait à nouveau l'infection du larynx par les bacilles contenus dans les crachats venant du poumon. M. Fournier rapporte ici une observation où l'air chaud — joint à d'autres médications — lui semble avoir apporté une amélioration notable dans une phtisie laryngée.

Les eaux sulfureuses amélioreraient l'état des phtisiques ; d'après les uns, par l'acide sulfhydrique qu'elles contiennent et d'après les autres ce serait l'attitude des établissements thermaux qui serait le principal facteur du rétablissement : mais l'auteur ne nous semble pas avoir acquit une expérience bien nette à cet égard, car il eût peut-être soutenu une autre opinion moins favorable à cette médication.

L'iode employé avec prudence, dans le cas de lésions super-

ficielles, pourrait aussi fournir de bons résultats comme semble le prouver une observation rapportée par l'auteur. L'iodoforme et l'iodure d'éthyle, composés iodriques, peuvent aussi rendre de très bons services.

Le TRAITEMENT DES SYMPTOMES sera fait suivant les indications du moment. En résumé, rien de nouveau (*Thèse Paris*, 1886). M. NATIER.

Sur la valeur négative de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée (*Sulla value negativo dell' acida lattico nella cura della tuberculosa laryngea*), par le Dr R. MASINI.

L'auteur publie, sous la forme épistolaire, le résultat des essais qu'il a fait avec l'acide lactique employé d'après la méthode de Krause et de Jélinek. Il fit d'abord usage d'une solution à 20 0/0 qui provoqua un peu de toux, une sensation de brûlure et une rougeur intense de la partie tranchée. La solution faite à 40 0/0 occasionne une sensation de constriction à la gorge et une forte ulcère. Bien des malades ne purent même supporter les derniers attouchements qui provoquaient une irritation considérable malgré l'emploi de la cocaïne: la brûlure se faisant sentir dès que l'action anesthésique de ce médicament était épuisée. Une fois l'un des malades eut une hémoptysie.

Malgré tout l'auteur voulut arriver à la dose conseillée par les promoteurs de la méthode (80 0/0), et après avoir anesthésié le larynx avec la cocaïne, il toucha le larynx d'une malade graduellement habituée au tropique. Cette dernière fut prise aussitôt d'un accès de spasme de la glotte si violent que, malgré l'emploi du chloroforme, il fallut pratiquer la respiration artificielle pour la ranimer.

D'après les expériences, l'acide lactique employé en solution légère n'exerce une influence salutaire bien nette sur les ulcérations de l'organe vocal, les solutions plus fortes mortifient le tissu et amènent une réaction locale excessive sans bienfait pour le malade.

Il termine en disant qu'il préfère encore la solution éthérée d'iodoforme à l'acide lactique, ce dernier n'ayant aucune action spéciale sur la tuberculose du larynx.

Comme depuis longtemps déjà le procès des caustiques est jugé et que la plupart, pour ne pas dire tous les laryngologistes ont renoncé à leur emploi pour la laryngite tuberculeuse, l'on ne sera pas étonné de la non-efficacité de l'acide lactique pour les cas de ce genre. Ce dernier a de plus le grave inconvénient de produire des accès de spasme parfois dangereux, les malades n'ayant bien souvent qu'une surface respiratoire très limitée.

Nous ne doutons pas du reste que la méthode de Krause, récemment encore préconisée par Hering, ne soit bientôt délaissée non seulement comme inefficace, mais comme dangereuse (*Bolet. delle mal. dell'orech.. etc*, n° 3, mai 1886).

Tuberculose et syphilis du larynx et pharynx,
par M. le professeur de Renzi.

Cas très important et évident de syphilis du larynx et du pharynx sans lésions pulmonaires. L'examen micro-chimique démontra dans l'expectoration, recueillie directement du larynx, le bacille de Koch. L'auteur, se basant sur ce cas, étudie les formes de la tuberculose du larynx, la question de la tuberculose primaire de cet organe, les caractères distinctifs de la tuberculose et de la syphylis et la possibilité des deux infections dans le même individu. Il parle aussi de la possibilité de la guérison. Dr Cardone.

OREILLES.

Occlusion membraneuse du conduit auditif externe *(Membranous occlusion of the external auditory canal)*, par le Dr H. Rothnolz.

Le malade, à l'heure actuelle âgé de vingt-cinq ans, était atteint depuis son enfance d'un écoulement purulent de l'oreille droite, probablement aussi de l'oreille gauche.

Vers l'âge de quinze ans, l'écoulement cessa tout à coup, et l'audition fut considérablement diminuée; plus tard, la surdité devint encore plus grande, et depuis un an il a des bourdonnements. Il n'a jamais éprouvé de douleurs.

L'acoumètre de Politzer est entendu des deux côtés à 30 centimètres. La perception cranienne, pour le diapason, est conservée des deux côtés. A droite, à la place de la

membrane du tympan, on voyait une membrane très lâche, que l'auteur prit d'abord pour le tympan lui-même. La douche d'air ne produisant aucune amélioration, l'auteur enlève cette membrane et à travers la plaie, séparée de la première de quelques millimètres, il aperçoit une seconde membrane, le vrai tympan, cette fois. L'auteur détruit complètement ce pseudo-tympan. L'audition fut considérablement améliorée, les bourdonnements cessèrent. Sur la membrane existaient deux perforations non cicatrisées. (*Arch. of otology*, mars 1886.) D[r] J. Ch.

Moyen de faciliter l'extraction des corps étrangers de l'oreille chez les enfants indociles, par le D[r] Borencq.

Trouvant que le chloroforme est parfois dangereux à employer, l'auteur dit avoir extrait un morceau de crayon d'ardoise, de forme ronde, solidement fixée dans l'oreille d'un enfant avec une curette. L'enfant étant très indocile, il pria les aides de le lâcher et lui appliqua *en même temps un vigoureux soufflet*; profitant alors de son ahurissement il lui enleva *en un instant* le morceau de crayon.

Il s'agit seulement de savoir si tous les parents consentiraient à l'emploi de cette méthode. Si au lieu de cette curette, l'auteur se fût servi d'une simple seringue, ou autre appareil à injection, le résultat n'eût-il pas été aussi prompt, moins laborieux et moins effrayant! Enfin peut-on espérer toujours retirer le corps du délit avec assez de prestesse avant que l'enfant ne soit revenu de son *ahurissement?* (Le *Moniteur thérapeutique*, n° 9, 6 septembre 1886.)

Chancre mou de l'oreille moyenne (*Soft chancre of the middle ear*), par le D[r] Guranowski.

Le cas est fort curieux, peut-être unique dans la science. Il s'agit d'une femme atteinte de chancre phagedénique des parties génitales. La malade avait l'habitude de priser et fut atteinte d'ulcération de la cloison avec écoulement de pus abondant. La matière infectieuse passa sans doute du nez à l'oreille moyenne par la trompe. La malade devint sourde, souffrit de douleurs violentes, le tympan fut perforé et à

travers l'ouverture sortit une grande quantité de pus qu porta l'infection dans le conduit auditif. La malade fut traitée par l'iodoforme introduit dans le nez et l'oreille et par des injections d'eau chaude faites dans la caisse par la trompe. Elle guérit parfaitement et l'audition redevint normale. (*Méd. News*, 21 août 1886.) Dr J. Ch.

Des relations du diabète sucré et des affections de l'oreille (*On diseases of the ear in connection with diabetes mellitus*), par le Dr Schwabach.

Un homme, âgé de quarante-trois ans, diabétique depuis 1870, vint, six ans plus tard, trouver le Dr Schwabach. Il se plaignait de douleurs dans l'oreille droite compliquées de bourdonnements et de surdité. La pression sur l'apophyse mastoïde était douloureuse. Otorrhée, perforation du tympan, plus tard, paralysies faciales; en raison du gonflement de l'apophyse mastoïdienne, on dut pratiquer une incision. L'affection de l'oreille guérit, mais quelque temps après, il mourut d'apoplexie.

Schwabach rapproche cette observation des cas publiés par Toynbee, Raynaud, Kirchner et décrite par ce dernier, sous le nom d'otite moyenne diabétique. Dans ces différents cas, l'otite survint brusquement sans cause appréciable; l'inflammation, en dépit du traitement, atteint toujours l'apophyse mastoïde, et s'y manifeste avec une grande violence. Mais dans les cas de ce genre, on ne doit toucher à l'apophyse mastoïde qu'à la dernière extrémité. (*Deutsch. med. Vochens.* N° 52, 1886 et *The Lond. med. Rec.* 16 août 1886.)

Dr J. Ch.

VARIA.

Les effets de la thyroïdectomie totale. « Cachexia strumipriva. » Les injections iodées.

Les Reverdins, sous le nom de *cachexia strumipriva* ou sous celui de myxœdème opératoire, ont décrit les accidents bizarres qui accompagnent très souvent les extirpations totales et mêmes partielles du corps thyroïde. Kocher (de Berne) a

confirmé les assertions des deux chirurgiens génevois. Il en résulte qu'au point de vue pratique, la thyroïdectomie totale n'est plus une opération physiologiquement permise (A. Broca). Il reste donc la thyroïdectomie partielle ou mieux le traitement par les injections ïodées.

Avant de pratiquer l'injection on enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz séparée du corps de pompe et l'on s'en sert comme d'un trocart. Alors :

1° Ou il s'écoule du sang et on doit craindre d'avoir pénétré dans une veine ; on retire la canule et on la replonge dans un autre point;

2° Ou il s'écoule un liquide brun, verdâtre, on est dans une cavité kystique ; on laisse écouler ce liquide et on fait l'injection ensuite;

3° Ou bien il ne sort ni sang, ni liquide kystique ; on attend un instant, puis on pratique l'injection.

En règle générale, on doit commencer par de faibles doses de teinture d'iode pure, douze à quinze gouttes; on pourra aller jusqu'à 1 gramme plus tard. Quelquefois une seule injection suffit. Dans certains goîtres gros et anciens, il faut aller jusqu'à 50 ou 60 injections, en moyenne 9 injections suffisent. (*La thérap. contemp. Med. et Chir.*, 22 octobre 1886.)

D[r] J. Ch.

D'une variété nouvelle de kystes du cou *(Kystes crico-tyroïdien)*, par Paul Blocq, interne des Hôpitaux.

Le but que se propose l'auteur, dans ce travail, c'est de chercher à montrer, sous une physionomie particulière, le kyste crico-thyroïdien, qu'il va s'efforcer de différencier de ses congénères. Il rapporte à cet effet, trois observations : la premièrc concerne un kyste crico-thyroïdien congénital constaté chez une jeune fille de seize ans. Sans antécédents héréditaires ou personnels. Sa tumeur, toute petite dès le début, aurait augmenté progressivement, et ce sont seulement des raisons d'esthétique qui l'amènent à l'hôpital. Tout au plus, existe-t-il un peu de gêne à la déglutition, une légère raucité de la voix occasionnée par la tumeur

adhérente au larynx dont elle suit les mouvements.

Il s'agit, dans le second cas, d'un kyste crico-thyroïdien suppuré chez un tuberculeux. Deux mois auparavant, sans cause appréciable, s'était montrée une petite tumeur, qui a grossi insensiblement, sans douleurs ni changement de la coloration de la peau. Il existe de la fluctuation, de la gêne de la déglution, de la raucité de la voix, des accès de suffocation à la suite des quintes. La tumeur est adhérente au larynx dont elle suit les mouvements. Une incision cruciale donne issue à 30 grammes de liquide environ : il s'ensuit une détente des signes fonctionnels, mais les phénomènes laryngés, raucité de la voix, accès de toux, persistent.

Le troisième kyste crico-tyroïdien, dont M. Blocq rapporte l'observation, s'est rencontré chez une femme âgée de quarante ans, dont les antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt. Sa tumeur avait débuté un an auparavant; jamais elle n'avait occasionné de douleurs; mais lors de son arrivée à l'hôpital, elle venait solliciter une intervention à cause de la gêne qu'elle éprouvait. La tumeur située sur la ligne médiane adhérait au larynx dont elle partageait les mouvements. La malade ayant été opérée, put sortir 17 jours après; mais, deux mois et demi plus tard, elle revenait avec une dyspnée très vive, à accès paroxystiques rapprochés. Deux jours après on était contraint de pratiquer la trachéotomie; mais il ne survint aucune amélioration et la malade mourut le soir même avec un emphysème généralisé. A l'autopsie, on trouva du côté du larynx une altération de la muqueuse, due à l'œdème purulent du tissu sous-muqueux. La membrane crico-thyroïdienne présente les traces du travail de suppuration dont elle a été le siège.

Après avoir relaté ces trois observations, M. Blocq donne un aperçu historique où il montre l'omission faite par les auteurs de la variété de kystes dont il parle.

Ces kystes sont caractérisés par leur siège, leurs rapports et un *processus évolutif* spécial. Dans tous les cas, les kystes ont paru purement séreux; uniloculaires, sans adhérences superficielles. Leur siège, toujours le même, est le ligament

crico-tyroïdien, c'est dire quels rapports ils peuvent affecter. Les trous dont est percé le ligament crico-thyroïdien permettent de comprendre la propagation de l'inflammation de dehors en dedans ou inversement et expliquent en même temps les anomalies évolutives de ces néoplasmes.

Ces kystes peuvent être congénitaux ou acquis; il serait actuellement difficile d'en déterminer les causes exactes. On pouvait les supposer formés aux dépens d'une synoviale accidentelle, située au-devant de la membrane crico-tyroïdienne, Il paraît plus juste à l'auteur de les voir provenir d'une ésion séreuse formée sous l'influence de mouvements continus, dans le tissu cellulaire, et s'accusant parfois jusqu'à devenir un kyste.

Lentement développées, ces tumeurs ne se révèlent aux malades, qu'alors qu'elles ont acquis un volume assez considérable. A ce moment, elles donnent lieu à deux sortes de symptômes : les uns fonctionnels, les autres physiques, beaucoup plus importants.

Au point de vue diagnostique, l'auteur signale les différentes tumeurs de la région qui peuvent être confondues avec celles qu'il étudie; il rappelle en outre que dans la région médiane du cou, n'existent que deux productions kystiques : 1° Les kystes pré-thyroïdiens, assez rares; 2° les kystes hyo-thyroïdiens.

Les procédés curateurs seront ici : la ponction simple ou suivie d'injection iodée, l'incision et l'excision. Il faut savoir rester dans l'expectative lorsque la tumeur ne provoque pas d'accidents.

Les conclusions auxquelles arrive M. Blocq à la fin de son travail sont les suivantes :

1° Existence d'une variété de tumeurs dites kystes : crico-thyroïdiens;

2° Communication possible de ces kystes avec la membrane de revêtement du larynx au moyen de tissus musculaires;

3° Existence congénitale possible de ces kystes;

4° Provenance probable d'une bourse séreuse situee dansle tissu cellulaire;

5° Ils ont un caractère symptomatique qui est la raucité de la voix ;

6° Ils peuvent déterminer dans certains cas des accidents graves, toujours, à cause de leur contiguité avec le larynx;

7° En présence d'une semblable complication reconnue, l'intervention chirurgicale curative ne sera tentée qu'en cas d'urgence absolue.

8° On donnera la préférence à la ponction suivie de compression ; n'avoir recours à l'incision qu'en dernier lieu (*Gazette méd. de Paris*, n°s 12, 13, 16 et 17, 1886).

M. Natier.

Tumeur du corps thyroïde, mort, autopsie, par M. Guillet.

Goître remontant à cinq ans, chez une femme de trente-sept ans, soumis à un traitement prolongé par les injections interstitielles de teinture d'iode ; diminution du goître ; cessation du traitement pendant un an et demi ; puis, apparition de phénomènes douloureux et inflammatoires au niveau de la tumeur ; mort au bout de six mois. A l'autopsie, tumeur développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde constituée par une grande poche unique, dont la paroi très épaisse en avant, mince en arrière, est formée par des tissus fibreux, présentant des points de calcification ; cette poche contient une quantité considérable de fibrine coagulée. Nous insisterons, dit l'auteur : 1° sur la nature de la tumeur, véritable poche anévrysmale développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde ; 2° sur le traitement spécial auquel avait été soumise la tumeur un an avant l'apparition des phénomènes douloureux et inflammatoires (*Le Progrès Méd.* 9 oct., 1886).

Dr J. Ch.

Du goître exophtalmique.

Le Dr J. Hutchinson rapporte un cas de guérison chez un malade ayant présenté pendant plusieurs années, les symptômes caractéristiques ; une albuminurie concomitante a aussi complètement disparu. Il n'existe actuellement qu'un peu d'intermittence du pouls et de tuméfaction de la glande thy-

roïde. Plusieurs remèdes ayant été employés, il serait difficile de dire quel a été le plus utile.

L'albuminurie serait assez fréquemment constatée, elle peut n'apparaître que le matin.

Pronostic très incertain, mais nullement plus grave chez l'homme que chez la femme, ainsi que l'a affirmé Niemeyer. Le goître exophtalmique ne se développe presque jamais pendant la grossesse.

Comme remèdes internes, bromure de potassium, aconit, digitale et fer; contre l'exophtalmie, applications de glace aux tempes, à la nuque et sur le front.

M. Bristowe a vu un cas de goître exophtalmique dû au froid prolongé, un autre occasionné par la syphilis. Il a eu encore à saigner une jeune femme atteinte d'exophtalmoplégie externe avec ptosis et exophtalmie. Dans un cas, le goître gênait considérablement la respiration et provoquait des accès d'étouffement très pénibles; la mort survint pendant une de ces attaques. Chez une jeune femme atteinte de goître exophtalmique et de lésions valvulaires avancées, la section de l'isthme thyroïde fut pratiquée par Sidney-Jones qui obtint un résultat complet; mais au bout de quatre mois, la malade succombait à son affection cardiaque.

M. Wilsk a pu noter assez souvent une tendance à l'amaigrissement, aux sueurs profuses et à la diarrhée; le symptôme le plus constant est l'accélération des battements du cœur. Pour lui, le goître est surtout fréquent chez les jeunes femmes anémiques. Il ne guérit pas sans traitement; on doit le combattre par la belladone, le fer, l'iodure de potassium et la digitale.

M. Hughlings Jackson a vu le lobe droit plus souvent tuméfié que le gauche; il voit là un rapprochement avec l'action prédominante chez certains animaux du pneumo-gastrique droit sur le cœur.

M. Fitzgerald n'a jamais observé les pulsations de l'artère centrale de la rétine décrites par de Wecker; celles des veines au contraire se voient facilement. Au point de vue du pronostic, les cas les plus favorables sont ceux où l'on voit manquer un ou plusieurs symptômes.

M. West estime qu'il existe un cas de goître exophtalmique sur mille malades; dans les deux tiers des cas, la maladie débute à 30 ans, la proportion des hommes aux femmes est d'environ 3 à 49. Les symptômes peuvent exister tous à la fois ou n'apparaître que successivement. Les pupilles, contrairement à l'opinion de Grœf, peuvent être dilatées.

Dans un cas il a noté de la coloration de la peau; sept fois il a remarqué des oscillations inexplicables de la température. En général, sans cause apparente, la maladie est assez souvent précédée d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Durée variant de deux mois à neuf ans.

M. Higgens a décrit un cas où on s'était résolu à l'occlusion de la fente palpébrale pour obvier à la gêne occasionnée par l'exophtalmie. La malade succomba pendant l'anesthésie, le cervical sympathique était épaissi.

M. Jessop fait remarquer que les symptômes du goître exophtalmiqne peuvent être exagérés au moyen de la cocaïne quand ils ne sont que peu nets ou incomplets (*Lettres d'Angleterre, in S. Med.*, du 19 mai 1886. M. Natier.

De la nature de la coqueluche et description d'un nouveau mode de traitement inauguré par le prof. Moncorvo, de Rio-de-Janeiro (*On the nature of Whooping-cough with a description of a new mode of treatement introduced by professor Moncorvo of Rio de Janeiro)*, par le Dr William H. Bartow.

L'auteur fait l'historique des différentes théories qui ont été successivement émises sur les causes de la coqueluche et sur les divers modes de traitement mis en usage pour la combattre. La nature parasitaire de cette affection a été soutenue par un grand nombre. Le professeur Moncorvo, partant de cette idée, soumit à l'examen microscopique les matières expectorées par les malades. Dans les matières expectorées, il découvrit une grande quantité de petites masses jaunâtres, irrégulièrement arrondies, d'autant plus abondantes, que la maladie en était arrivée à son plus haut degré et dont le nombre diminuait en même temps que celui des quintes de toux. Soumises à l'examen microscopique sans

addition d'aucune substance colorante, ces masses apparu rent formées de cellules épithéliales polyédriques, irrégulières, nucléées de globules de pus, de globulins et d'une quantité considérable de micrococci. Tous ces éléments étaient enfermés au sein d'une matière amorphe, très gluante, constituant une gangue à ce magma. Les cellules épithéliales affectaient différentes grandeurs et des formes diverses. Elles étaient toutes munies d'un noyau qu'on constatait. Chose remarquable, dans l'intérieur des cellules, on trouvait en très grand nombre de véritables spores de micrococcus, très petits et fort brillants. Les micrococci, accolés entre eux, formaient de véritables chaînes ou des chapelets, ou bien étaient isolés et distants. Leur abondance devenait bien plus marquée, lorsque la préparation était colorée au picrocarmin ou au violet de méthile. Les micrococci étaient bien moins nombreux dans les matières expectorées par les sujets chez lesquels la coqueluche était à son début, ou touchait à sa fin.

La nature parasitaire de la coqueluche une fois admise, on devait être amené tout naturellement à la combattre à l'aide des antiseptiques. L'acide phénique fut employé en inhalations et Parrot le considère comme un remède héroïque, sinon comme un spécifique de la coqueluche. Tordeus en Belgique, fit usage du benzoate de soude. Keuster employa les inhalations de thymol : les sels de quinine, ont été employés, eux aussi, surtout en Amérique. Moncorvo, le premier, fit usage de solution de résorcine, à 1 p. 0/0. Il l'employa en badigeonnage du pharynx et du larynx, faits à l'aide d'un pinceau. Au début, les crises augmentent en nombre et en durée, mais au bout de trois ou quatre jours, elles diminuent rapidement.

L'auteur a traité de cette façon cinquante malades ; dans ce nombre, plusieurs présentaient de graves complications (broncho-pneumonie, bronchite, hemoptysie, pleurésie purulente, etc.), avec un succès complet. Voici quelles sont ses conclusions : 1° La coqueluche doit être rangée parmi les maladies déterminées par l'irritation causée par la présence

de parasites; 2° cette irritation est due à des micrococci qui se reproduisent en grand nombre sur la muqueuse du larynx et du pharynx, infiltrent les cellules épithéliales qui paraissent être particulièrement le siège de leur reproduction et de leur développement; 3° la résorcine en solution à 1 ou 2 p. 0/0, appliquée directement sur les muqueuses de ces organes, dans tous les cas où elle a été employée, s'est montrée très efficace pour diminuer le nombre des accès et finalement amener la guérison de la maladie.

En terminant, l'auteur fait observer qu'on pourrait substituer à la résorcine, l'orcine. Cette dernière substance possède toutes les propriétés de la résorcine sans en avoir les inconvénients (*The Lancet*, 8, 15, 22 mai 1886). Dr J. Ch.

Un cas de rétrécissement de l'œsophage,
Par M. le Dr Bovet.

L'auteur rapporte une observation de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, traité par la dilatation. Il conclut en réunissant les faits saillants de cette observation, à savoir que :

1° Chez ce malade, qui avait eu des hémorragies spontanées antérieures, le cathétérisme n'a provoqué aucune nouvelle perte de sang;

2° Que la sensation douloureuse provoquée par le passage de l'olive ou des aliments au point rétréci, c'est-à-dire vers le tiers moyen de l'œsophage, était toujours rapportée par la malade à l'entrée du pharynx;

3° Que l'emploi de la cocaïne a facilité sensiblement le cathétérisme;

4° Que le traitement par la dilatation progressive a procuré à la malade, qui se voyait condamnée à mourir de faim, plus de sept semaines de survie (*Union médicale*, 26 mai 1886).

Dr J. Ch.

Cautérisation des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par le Dr Gay.

L'auteur a obtenu la guérison de la coqueluche simplement par la cautérisation des ulcérations de la face inférieure de

la langue. Il cautérisa les ulcérations au nitrate d'argent et fit un badigeonnage de la bouche avec la matière suivante : Miel blanc, 30 grammes, acide chlorhydrique, 30 grammes. Il suffit, dans le cas rapporté, de quatre cautérisations suivies de quatre badigeonnages pour guérir le malade. (*Gaz. des Hop.*, 10 juillet 1886.) Dr J. Ch.

Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage, par M. Boisvert, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit d'un enfant né avant terme d'une mère manifestement strumeuse. Dès qu'il prenait le sein, il présentait des symptômes d'asphyxie. Il mourut le neuvième jour. A l'autopsie on trouve à la partie inférieure et postérieure du pharynx au niveau des cartilages aryténoïdes un orifice plus petit que ne l'est l'orifice supérieur de l'œsophage, qui conduisait dans un cul-de-sac situé en arrière de la trachée et en avant de la colonne vertébrale, dilaté à sa partie moyenne, ayant une longueur de quatre centimètres. C'était là ce qui constituait la partie supérieure de l'œsophage.

A la bifurcation de la trachée on trouvait un conduit dans la direction même de l'axe trachéal qui, après une étendue de trois centimètres et demi débouchait directement dans l'estomac, c'était la seconde partie de l'œsophage (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 octobre 1886). Dr J. Ch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

A. H. — Origine et parcours des nerfs gustatifs de la partie antérieure de la langue (Lettre suisse in *Sem. medic.*, 29 décembre 1886.

Amicis (de), rédigé par Ducrey. — Sur un cas rare de sténose pharyngée due à une syphilis constitutionnelle (*Rivista clin. e terapeut.*, nos 11 et 12, novembre et décembre 1886).

Ariza (R.). — Pharyngite tuberculeuse aiguë (*Anales de Otol. y lar.*, etc., n° 10, 1886.

Balfour-Graham. — Langue noire (*Brit. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Beall. — Paralysie consécutive à l'amygdalite (St-Louis, *Med. and Surg. Journ.*, 1886, I, p. 279).

Bockhart (M.). — Cocaïne comme remède anodin dans la stomatite mercurielle (*Monatssch. f. prakt. Dermat. Hambourg*, 1886, V, p. 65-70).

Bourrée. — Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale (*Thèse Paris*, décem. 1886).

Degle. — Contribution à l'étude de la glossodynie ex foliative (*Wien. Med. Presse*, 21 nov. 1886).

Ducrey. — Cas rare de sténose pharyngée syphilitique, contribution anatomo-pathologique à l'étude de la syphilis (*Rivista clin. térap.*, nos 11 et 12, Naples 1886).

Dudley S. Reynolds. — Scrofulose pharyngo-tonsillaire (*The med. and surg. Reporter*, 27 nov. 1886).

Feurer. — De la tuberculose de la langue (*Correspondenzbl. f. Schweizer Arzte.*, n° 16, 1886).

Freudenberg (A.). — Du muguet chez l'adulte sain (*Centralbl. f. Klin. Med.*, n° 48, 27 nov. 1886).

George-Arthur. — Un nouveau mode de traitement des divisions de la voûte palatine (*Arch. di ortopedia analy. in Gaz. med. di Roma*, 15 nov. 1886, p. 520).

Haig-Brown. — De l'amygdalite des adolescents (Londres, 1886).

Heurtaux. — Epithélioma de la langue (*Soc. anat. de Nantes*, 8 décembre et *Gaz. med. de Nantes*, 9 janvier 1887).

Hublé. — Suicide par coup de feu dans la bouche (*Soc. de méd. légale*, 10 janvier; Anal. *in Sem. med.*, 12 janvier 1887).

Illingworth. — Fissures de la langue (Correspondance de *The Lancet*, 4 déc. 1886, p. 1108).

Jacobi. — De l'amygdalite folliculaire (*The med. Rec.*, 27 nov. 1886 et *Discuss. in N.-Y. acad. of med.*, 16 nov., p. 609).

Jesset (P.-B.). — Du cancer de la bouche, de la langue et du canal alimentaire (J. et A. Churchill, édit., Londres 1886).

Lecerf. — Corps étranger du pharynx (*Bullet. med. du Nord*, n° 10, octobre 1886).

Morales-Perez. — Kyste du sinus maxillaire; résection partielle de cet os, guérison (*Gaceta med. Catalana*, 15 janv. 1887).

Orwin. — Syphilis héréditaire de la langue (*Brit. Med. journ.*, 1er janvier 1887, p. 16).

Owen (Ed.). — Deux cas de division de la voûte palatine (*The Lancet*, 11 déc. 1886, p. 1129).

Paget (St.). — Tumeurs du palais (*Path. soc. of London* et *The Lancet*, 11 déc. 1886).

Steward (F.). — La bouche (James M. Geachy, édit., Glascow., 1886).

Sommerbrodt. — De l'hydrargyrisme localisé dans le pharynx (*Berliner klin. Wochensch*, n° 47, 22 nov. 1886).

Sullivan.— Kyste de la langue (*Physic. and Surg. Ann. Arbor. Michigan*, 1886, VIII, p. 302).

Swain. — Des glandes sébacées de la base de la langue et de leur hypertrophie (*D. Arch. f. Klin. Med.*, XXXIX, 5 et 6).

Thorburn. — Epithélioma de la langue (*The Brit. Med. journ.*, 1er janvier 1887, p. 18).

Verneuil. — Epithéliomas de la langue, leur ablation (*Soc. de Chir.*, 24 novembre 1886).

Wheeler. — Pharyngocèle et dilitation du pharynx avec un diverticulum de la partie inférieure du pharynx, suivant le bord postérieur de l'œsophage, pharyngotomie, guérison (1er cas de ce genre) (*The Dublin journ. of Med. Sc.*, 1er nov. 1886).

White (J.). — Résultat des travaux faits à l'infirmerie de Richmond sur les maladies des yeux et de l'oreille, de la gorge et du nez (*Journ. of Améric. Med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 580).

Viard. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge (*Thèse Paris*, 1887).

Vignal. — Recherches sur les micro-organismes de la bouche (*Arch. de Physiol.*, 15 nov. 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Allen. — De l'asthme, ses causes et son traitement (*Americ. rhinolog. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Allen. — Effets de la variole sur la membrane muqueuse des voies aériennes supérieures (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre 1886).

Aschenbrandt. — Le rôle du nez dans la respiration (In-8°, Wurzbourg, 1886).

Bargellini. — De la prophylaxie de l'éternuement et de l'épistaxis (*Arch. Internaz. di lar. ot., etc.*, fasc. IV, 15 décembre 1886).

Bassompierre. — Note sur un cas de polype muqueux du nez, emploi de la cocaïne comme anesthésique; avantages, inconvénients (*Arch. de Méd et pharm. mil.*, Paris, 1886, VII, p. 482-484).

Baum (Ch.) — Symptômes d'empoisonnement par suite de l'emploi de l'atropine dans le coryza aigu (Correspondance du *Philadelphia Med. Times*, 25 déc. 1886).

Benda. — Démonstration d'un cas d'« hyperrhinencéphalie » (nom donné à un vice de conformation qui consiste dans une hypertrophie des nerfs olfactifs) (*Berliner med. Gesellsch.*, 1er déc., *Berl. Klin. Wochensch.*, n° 5, 20 déc. 1886).

Beverley Robinson. — Contribution à l'étude de la fièvre de foins (*Medic. News*, 17 juillet 1886).

Bianchi. — Sur les variétés de l'os onguis et sur les os accessoires des fosses lacrymales et du canal nasal de l'homme (*Gazet. degli Ospitali*, 21 et 28 novembre 1886).

Bouilly. — Polypes naso-pharyngiens (*Gaz. des Hôpit.*, 8 janvier 1887).

Bride (M.). — Végétations adénoïdes (*Med. Chir. Soc. of Edimb.*, 7 avril et *Edimb. med. Journ.*, août 1886, p. 161).

Brown. — De l'acide chronique et de l'acide trichloro-acétique dans le traitement des hypertrophies de la cavité pharyngo-nasale, (St-Louis, *Med. and. surg. Journ.*, n° 5, novembre 1886 et *Amer. rhinol. Assoc.*).

Brydon (J.). — Tamponnement des fosses nasales postérieures (*Brit. med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Calmettes. — De l'epistaxis, diagnostic local et traitement (*Bull. soc.-méd. prat. de Paris*, (1884-5), 1886, I, p. 21-27).

Carpenter. — Abus de l'uvulotomie et de l'amygdalotomie, élongation de la luette et hypertrophie des amygdales, suite du catarrhe naso-pharyngien chronique (*Amer. rhinol. Assoc.*, 6 octobre 1886).

Chatellier. — Polype fibro-muqueux des arrières narines, morcellement et extirpation, examen histologique (*Revue mens. de laryng.*, nº 12 et *Annales des mal. de l'or., etc.*, nº 12, 1886).

Collet. — Etude sur les végétations adénoïdes (*Thèse de Lyon*, 1886).

Cornil. — Sur l'étiologie du rhinosclérome (*Journ. des Conn. méd.*, 23 décembre 1886).

Cresswell-Baber. — Examen antérieur des fosses nasales (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Donaldson (F.). – Traitement des polypes du nez et des hypertrophies de la muqueuse (*Virginia med. Monthl.* Richmond, nov. 1886, nº 10).

Donaldson (F.). — Opération des polypes naso-pharyngiens par l'électrolyse (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 581).

Fasano. — De l'epistaxis (*Arch. internaz. di lar. otol. etc*, fasc. IV, 15 décembre 1886).

Ferreri (G.). — Des phénomènes réflexes d'origine nasale et injections sous-muqueuses de cocaïne (Rome, 1886).

Fink. — Quelques points relatifs au conduit naso-pharyngien (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Forest Willard (de). — Sarcome embryonnaire de la fosse nasale (*Philadelphia Acad. of surg.*, compte rendu in *Philadelphia med. Times*, 27 novembre 1886).

Gongora. — Contribution à l'étude des affections considérées comme des états hypérémiques du tissu caverneux des cornets inférieurs (*Rivista de lar. otol., etc.*, déc., nº 6, 1886).

Gordon. — De l'importance de reconnaître et de traiter le catarrhe naso-auriculaire (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 octobre 1886).

Gradle (H.). — Affections de la voûte du pharynx (Chicago *Med. Soc.*, 6 déc. et *Journ. of. Americ. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Grandmaison (E. de). — Epistaxis, tamponnement avec une boule de caoutchouc (Correspondance de l'*Union méd.*, 23 nov., nº 158).

Grazzi (Vitt) — Parosmie, ses causes, et son traitement (*Bollet. delle malatt. dell' Orech., etc.*, nº 1, janvier 1887).

Hamaker. — Un cas de polype du nez (*Cleveland Med. Gaz.*, 1885-6, I, 399-402).

Hamilton (J.). — Tumeur de l'antre d'Higmore compliquée de polype du nez (*Med. soc. of Colombia*, 27 oct. et *Journ. of Amer. méd. Assoc.*, 4 décembre 1886).

Hendley (Th.). — Calcul du nez (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Hendrix. — Rhumes de la première enfance; comment on les prend et comment on les prévient (*Americ. rhinol. Assoc.*, et St-Louis *Med. and. surg. Journ.*, nº 5, nov. 1886).

Hobbs. — Des scarifications dans les hypertrophies nasales (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Hubbelle. — Sténose congénitale du nez (*N.-Y. state med. Assoc.*, 17 nov. *N.-Y. med. Journ.*, 27 nov. 1886).

Jacobson (Nathan). — Tumeur naso-pharyngienne (*N.-York state med. Assoc.*, 16 nov., compte rendu *in N.-Y med. Jour.*, 27 nov. 1886).

Jérard. — Nécrose des os du nez (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 oct. 1886).

Jurasz. — Du sondage du sinus frontal (*Berlin. Klin. Woch.*, nº 3, 1887).

Klein (de Dayton). — La rhinologie du passé et de l'avenir (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Klein (Carl. H Von). — La rhinologie passée et future (*Journ. of. Amer. Med. Assoc.*, 18 déc. 1886).

Labus. — Méthode pour faciliter l'ablation des polypes muqueux du nez (*Gazetta degli ospitali*, an VIII, nº 3, 1887).

Lazarus. — Du traitement de l'asthme (*Soc. méd. de Berlin*, 8 déc. 1886).

Lazarus. — Du traitement de l'asthme (discussion) (*Berliner Klin. Wochen.* nº 52, 27 déc. 1886).

Levy (E.). — Des végétations adénoïdes de la cavité nasale (*Revue Med. de l'Est.*, fasc. nº 7, 1er janv. 1887).

Lœwy. — Des déviations de la cloison (*Berl. Klin. Wochenschr.*, nº 47, 22 nov. 1886).

Logan. — Sur une forme d'inflammation catarrhale atrophique et hypertrophique combinées, qui n'a pas encore été décrite (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, nº 5, nov. 1886).

Maas. — Des différentes méthodes pour enlever les corps étrangers des fosses nasales (Wurzhourg, 1885, chez Stahel, extrait des *Sitzungsber d. phys.-med. Gesellschaft zie Wurzbourg*).

Major. — Nouveau serre-nœud pour le nez (*The Lancet*, 4 déc. 1886).

Marks. — Nouveau traitement de la diphtérie (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 oct. 1886).

Marshall (S.). — Une dent de sagesse sortie par voie nasale avec remarques (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 nov. 1886, nº 19).

Matthews. — L'Hay fever est-elle une maladie *per se* (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 oct. 1886).

Mays (Th.). — Réflexes d'origine nasale. Nouvelle méthode pour déterminer l'action locale sensitive des médicaments. Note préliminaire. (*Med. News*, 20 nov. 1886).

Monastyrski. — Un cas d'extirpation du maxillaire supérieur et de la fosse nasale droite (*Soc. des médecins de Pétersbourg*, 13 mai, in *Petersb. Med. Wochenschr.*, nº 44, 1886).

Moure (E. J.). — Névroses réflexes d'origine nasale (*Soc. de méd. et de chir.*, et *Journal de méd. de Bordeaux*, 19 et 26 déc. 1886).

Moure (E. J.). — Un cas de scrofulose des fosses nasales de la voûte palatine et du larynx (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux* et *Journal de med. de Bordeaux*, 2 janvier 1887).

Munk. — Un cas de spasme sternutatoire, guérison par la cocaïne (*Wien. med. Presse*, nº 51, 19 déc. 1886).

Noquet. — Considérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Bull. méd. du Nord*, nº 11, nov. 1886).

North (J.). — Du catarrhe naso-pharyngien chronique cause de névrosthénie (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Raaf (B.). — Du traitement de l'asthme d'origine nasale (chez Haupt Mann, 27 pages, Bonn, 1886).

Rossi. — Les polypes naso-pharyngiens et l'électrolyse (Rome, 1886).

Rumbold. — Du traitement de l'Hay fever « pruritic catarrh » (*Amer. rhinol. Assoc.*, 7 oct. 1886).

Rumbold (F.). — Influence du coryza chronique sur la conjonctive (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, nº 5, nov. 1886).

Rumbold. — Hygiène spécial des asthmatiques et de ceux qui sont atteints de fièvre de foin (*The Americ. prat. and News*, nº 25, 11 déc. 1886).

Rumbold (Th.). — Procédés chirurgicaux pour guérir la fièvre de foins (*Journ. of. the Amer, Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Schaeffer (M.). — Communications rhinologiques (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nº 11, 1886).

Schmidt. — Rhinoscopie. Cours manuel pour médecins et étudiants (Pétersbourg, 1886, 60 pages).

Schoetz. — Exhibition d'un rhinolite (*Soc. méd. de Berlin*, 15 déc. 1886).

Verdos. — Dates cliniques pour l'histoire de la syphilis du nez et de l'oreille (*Anal. de Otol. y lar.*, nºs 10 et 11, 1886).

Woltering. — Opération d'un rétrécissement osseux des fosses nasales à l'aide d'une pince ostéotome coupante (*Monatsschr. h. Ohrenheilk.*, nº 10, octobre 1886).

Wright. — Sur quelques formes d'obstruction nasale (*Manchest. med. chi.*, juillet 1886).

Wyss (A. S.). — Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène (Genève, Rivera et Dubois, 1886).

Ztem. — Des accidents névralgiques et nerveux qui accompagnent les affections nasales et pharyngées (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nºs 8 et 9, août et septembre 1886).

XX. — Hyperplasie et hypertrophie nasales (St-Louis, *Med. Journ.*, nº 5, nov. 1886).

Larynx et Trachée.

Amory de Blois (Th.). — Cas d'abcès du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 18 déc. 1886).

Ariza (R.). — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire (*Anal. de Otol. y lar.*, nº 11, 1886).

Ariza. — Pharyngite tuberculeuse aiguë (*Revista de Med. y Cirurg.*, 7 décembre 1886).

Barbier (H.). — Déterminations tardives de la rougeole sur le larynx (*Revue des Maladies de l'enfance*).

Beeston. — Un cas de corps étranger du larynx. Trachéotomie rapide. Guérison (*Australian Med. Gaz. Sydney*, 1885-6, V, p. 279).

Bouchut. — Tubage du larynx (*Paris Med.*, 8 janvier 1887).

Bride (M'). — Affections peu communes de l'oreille, du nez et du larynx (*Edimb. Med. Journ.*, mai 1886).

Carmichael (J.). — Du catarrhe bronchique des enfants (*Edimb. Med. Journ.*, octobre et novembre 1886).

Chatain. — Tubage du larynx dans le croup (*The Améric. pract. news*, 13 novembre 1886).

Colcott-Fox. — Lupuus du larynx (*Med. Soc. of London. The Lancet*, 25 novembre 1886).

Colles. — De la sténose de la trachée consécutive à la trachéotomie faite pour le croup et la diphthérie (*Ann. surg.* Saint-Louis, 1886, III, p. 499-507).

Fraenkel (B.), — Premier cas de guérison d'un cancroïde laryngé par l'extirpation par les voies naturelles (*Arch. f. Klin chir.*, XXXIV, p. 280-286).

Dudley (S.) **Reynold.** — Ulcération syphilitique du larynx (*The med. and. surg. Report.*, 27 novembre 1886).

Ewart. — Dyspnée occasionnée par la compression exercée par les ganglions bronchiques hypertrophiés (*The Lancet*, 1er janvier 1887, p. 23).

Garel. — De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix eanuchoïde et de l'aphasie hystérique (*Prov. med.*, 25 décembre 1886).

Godet (C.-E.). — Résultat de l'intervention chirurgicale dans quelques carcinomes (larynx, tube digestif, utérus) (*Thèse*, 10 décembre 1886).

Gussenbauer. — Cas de sténose laryngo-trachéale (*Soc. des médecins Allemands de Prague*, 5 novembre 1886).

Hamon du Fougeray. — Des injections rectales gazeuses. Modifications (*Gaz. des Hôp.*, 27 novembre 1886).

Harison et Lunn. — Brûlure du larynx chez un enfant, trachéotomie, guérison (*The Lancet*, 18 décembre 1886).

Hartmann. — De la trachéotomie dans la première enfance (*Archiv. de med. y cirurg. de los niños*, no 23, 30 novembre 1886).

Herff (O.). — Contribution à l'étude des observations laryngoscopiques dans la coqueluche (*Deutsch Arch. f. klin Med.*, XXXIX Bd, Heft 3 et 4).

Hatton. — Hémorragie de l'artère innominée après la trachéotomie (*Brit. Med. Journ.*, 4 décembre 1886, p. 1102).

Hope. — Modification de l'opération dans les sténoses laryngées d'origine paralytiques (*The N.-Y. Med. Journ.*, 20 novembre 1886).

Haner O Bates. — Tubage du larynx chez un enfant de neuf mois, guérison (*The Med. Réc.*, 18 octobre 1886).

Jarvis (W.-Chap.). — Nouvelle méthode pour enlever les tumeurs sous-glottiques, avec une observation (*The N.-Y. Med. Journ.*, 27 novembre 1886).

Juan B. Justo. — Plaie pénétrante du larynx (*Révista Argentina de cienc. med.*, n° 8, août 1886).

Jurasz. — Un morceau d'os dans le larynx d'un enfant de vingt-deux mois et extrait à l'aide du laryngoscope diagnostiqué (*Monatsschr. f. Ohrenheilk*, n° 12, décembre 1886).

Kinight. — Un cas de périchondrite du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 1er janv. 1887).

Kôhl. — Perforation de la paroi postérieure du larynx par un bouton avalé. Sténose laryngée. Trachéotomie pour un croup supposé. Mort par inanition (*Schweizer Correspondenzbl.*, 1886, p. 627).

Koretski. — Opérations dans les cas d'obstruction des organes respiratoires (*Chir. Vestin K.*, Pétersbourg, 1886, II, p. 415, 429).

Lemmander. — Trachéotomie avec le thermocautère de Paquelin (*Svens. Lick, Sallsk, n. Handl.*, Stockholm, 1886, p. 137-170).

Lloyd (Jordan). — Extirpation du larynx, sans trachéotomie préalable (*The Lancet*, 15 janv. 1887).

Lublinski. — Laryngite sèche (*Deutsche med.*, Ztg, no 99, 9, déc. 1886).

Lublinski. — De l'iodol dans la tuberculose laryngée (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 29 nov. in *Deutsche med.* Ztg., no 99, 9 déc. 1886).

Mac Coy (H.). — Papillomes du larynx (*The med. and. surg. Report.* 20 nov. 1886).

Mac-Coy (Alex.). — Le galvano-cautère dans le traitement des papillomes du larynx (*Med. News*, 1er janv. 1887).

Mackensie (J) et **Cotterill**. — Sur un cas de tumeur intra-trachéale (*Discus. à la med. chir. Soc. of Edimb. anal., in Edimb. med. Journ.*, juin et août 1886, p. 163).

Maclaren. — Brûlure du larynx et de la trachée (pièces anat. in *Edimb. med. Journ.*, oct. 1886, p. 348).

Major (G.). — Injection sous-muqueuse d'acide lactique pour guérir les premières périodes de la phtisie laryngée (*Montréal med. chir. Soc.*, 22 octobre et *Med. News*, 13 novembre 1886).

Major. — Prolapsus des ventricules du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 1er janv. 1887).

Masini (O). — Un cas de cancer primitif du larynx (*Arch. Ital. di laring.*, no 1, janv. 1887).

Masucci. — Des rapports de la spécialité et particulièrement de la laryngologie avec la médecine en général (*Arch. Ital. di laring., etc.*, no 1 Naples 1887).

Masseï. — Glanes (*Arch. Ital. di laring.*, no 1, janv. 1887).

Newminn. — Notes sur un cas d'extirpation du larynx pour une affection maligne (*The Lancet*, 24 juill. 1886).

Norris Wolfenden. — Tubage du larynx (revue analytique, in *The Journ. of Laryngol.*, no 1, vol. I, janv. 1887).

Northrup.— Quelques points concernant le tubage du larynx (*The Med. Rec.*, 1er janv. 1887, correspondance).

Orwin. — Lupus du larynx (*Med. Soc. of London*, 20 oct. Discussion, in *The Brit. med. Journ.*, 1er janv. 1887, p. 16).

Piltan (A.). — Etude sur la physiologie de la respiration des chanteurs (*Acad. des sc. et Union méd.*, 27 nov. 1886).

Ryan. — Gastrotomie et trachéotomie pour un cancer de l'œsophage et du larynx (*The Lancet*, 15 janv. 1887).

Saundbry. — Clinique sur l'ataxie locomotrice. Observations laryngiennes (*The Birmingham med. Revist.*, nov. et déc. 1886, p. 243).

Sapcalin. — Observation de corps étranger de la trachée (*Spitalul, Revista med.*, no 10, oct. 1886).

Semon (F.). — Du traitement chirurgical de la sténose laryngée paralytique (Correspondance du *Brit. Med. Journ.*, 15 janv. 1887).

Sherwell. — Lupus du larynx (*J. Cutan a. Ven. Dis.*, New-York 1886, IV, p. 146.

Sokolowski. — Contribution à l'étude du cancer laryngé primitif (*Gaz. lek.*, no 18, 1886).

Somikowski. — Deux cas de fibrome du larynx. Extirpation (*Wratsch.*, Pétersbourg, 1886, VII, p. 419-421).

Strubing. — De l'œdème angionévrotique du larynx (*Réunion des naturalistes et médecins allemands*, 21 sept. 1886, in *Monatsschr., f. Ohrenheilk*, no 10, oct. 1886).

Thorner (M.). — Extraction d'un corps étranger du larynx à l'aide de la méthode M. Voltolini (avec une éponge) (*Monatsschr. f. Ohrenheilk*, no 10, novembre 1886).

Thorner (Max). — Extraction d'une coque de châtaigne du larynx (Correspondance du *Med. News*, 25 déc. 1886).

Valdivieso del Villar. — Laryngite tuberculeuse (*Med. Castellana*, Vallard, 1886, I, p. 6, 30, 57).

Waxham. — Un cas de laryngite pseudo-membraneuse traité par l'électrolyse (*Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Waxham. — Tubage du larynx (Correspondance du *Med. News*, 1er janvier 1887).

West (S.). — Epithélioma du larynx (*Pathol. soc. of London, et The Lancet*, 11 déc. 1886).

Willits (Mary). — Tubage du larynx dans le croup (*The Americ. pract. and News*, 27 nov. 1886).

Oreilles

Arnold. — Otorrhée, son traitement rationnel (*South. Calif. Pract.*, *Los Angeles*, 1886, I, p. 123-131).

Ayres (W. C.). — Notes complémentaires sur le tympan artificiel (N.-Orléans *Med. and surg. Journ.*, déc. 1886).

Aysaguer. — Traitement des suppurations de l'oreille (formulaire de l'*Union méd.*, 9 janv. 1887).

Baker. — Traitement de l'otite moyenne suppurée (Cleveland, *Med. Gaz.*, 1885-6, I, p. 341-346).

Baker. — Otite moyenne (*N.-Y. med. Journ.*, 13 nov. 1886).

Baratoux. — Nouveaux procédés pour fermer une perforation de la membrane du tympan (*Progrès méd.*, 1er janv. 1887).

Baracz (R.). — Examen d'une tumeur du marteau, inflammation de la caisse (*Przegl. lek Krakow*, 1886, XXV, p. 353-371).

Baroncz. — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'organe de l'ouïe (extirpation du marteau et du tympan, (*Prz. lek.*, n° 26, 1886).

Barr (Th.). — Fracture d'un petit morceau de l'anneau tympanique survenue pendant les essais d'extraction d'une aiguille que l'on croyait dans l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XVI Bd, 4 Heft 31 déc. 1886).

Battle (F. de Sojo). — Des corps étrangers du conduit auditif externe (*Anal. de Otol. y lar., etc.*, n° 10, 1886).

Bec. — Kyste séreux du pavillon de l'oreille (*Gaz. des Hôp.*, 11 déc. 1886; n° 144).

Bettman (B.). — Un cas d'otite moyenne suppurée avec complications cérébrales (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Boerne Bettman. — Un cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne (*Journ. of. Americ. Med. Assoc.*, 1er janv. 1887).

Boettcher. — Revue des recherches nouvelles sur la structure du limaçon et quelques observations personnelles (avec 2 planches) (*Archiv. f. Ohrenheilk.* XXIV Band, 1 Heft, 30 nov. 1886).

Bride (M.) — Affections peu communes de l'oreille, du nez et du larynx (*Edimb. med. Journ.*, mai 1886).

Buck. — Inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne (*N.-Y. Med. Rec.*, 1er janvier 1887).

Buck (A.). — Inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne (*The Med. Rec.*, 1er janv. 1887).

Burnett (Ch.). — Otorrhée chronique, sa nature et son traitement (*The Polyclinic*, déc. 1886).

Chotain. — Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (*Atlanta Med. and surg. Jour.*, nov. 1886.

Claiborne. — Résumé d'observations d'ophtalmologie et d'otologie (*Gaillard's med. Journ.*, janv. 1887).

Connell. (G. L.). — Opération pour calmer les bourdonnements et améliorer les cas de surdité mal définis (*Med. Age*, 10 nov. 1886).

Cocomes. — Surdité résultant d'un relâchement du tympan (*Med. Herald.*, déc. 1886).

Cousins (W.). — Tintement d'oreilles (*Brit. med. Journ.*, 4 déc. 1886, p. 1102).

Cozzolino (V.). — De la surdité étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, de la patogénie et du traitement; De la surdimutité incurable et celle susceptible de traitement, otopiésis (*Bollet. delle Scienz. med. etc.*, oct : 1886, 70, 4. Bologne).

Cozzolino. (V.). — Surdi-mutité congénitale et acquise incurable, et surdimutité acquise susceptible de traitement (Naples 1886).

Cozzolino. — Un cas clinique de la vrai symptomatologie de Menière dans une otite moyenne suppurée chronique (*Bollet. dellemalat dell' Orech.*, n° 1, janv. 1887).

Cozzolino (V.) — Leçons sur les maladies de l'oreille (Naples, Trani, édit. 1878)

Crippen. — De la relation qui existe entre les maladies de l'oreille et les conditions anormales des organes génitaux de la femme (*Homœop. J. obst.*, New-York 1886, VIII, pp. 429-433.)

Dêwèvre. — Hémiplégie urémique et otite hémorragique dans le cours du mal de Bright (*Lyon méd.*, 3 oct. 1886).

Félici (G.). — Notes cliniques sur deux cas de carie de l'apophyse mastoïde consécutive à otite moyenne purulente chronique (Naples, 1887).

Ferreri (Ghi.). — Des lésions de l'oreille dues à la malaria (*Lo Sperimentale*, fasc. 12, 1886).

Flect (Van). — Abcès du cerveau consécutif à une otorrhée (correspondance du *Journ. of Americ. med. Assoc.*, 11 nov. 1886).

Freud (S.). — De l'origine du nerf acoustique (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, nos 8 et 9, août et sept. 1886).

Gowers. — Abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, dû à une otite moyenne et traité avec succès par la trépanation et le drainage (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Hutington (Richard). — Cas singulier d'affection mastoïdienne; Perforation spontanée dans un point inaccoutumé (*The med. Rec.*, 11 déc. 1886).

Hale (G.-N.). Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (Nashville *Journ. of Med. and surg.*, nov. 1886).

Jacobson. — De la dépendance de l'acuité auditive de la durée de l'audition (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV, Band, 1 Heft, 30 nov. 1886).

Joy. — Epithélioma du pavillon (*N.-Y. Med. Rec.*, 25 déc. 1886).

Kohn. — Otite moyenne aiguë durant la première dentition (St-Louis, *Med. and surg. Jour.*, n° 10, oct. 1886, p. 472).

Laidlaw Pures. — De l'ouïe, examens des personnes appelées aux services publics (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).

Lautenbach (L.). — Cas unique de blessure de l'oreille (*The Polyclinic*, nov. 1886).

Longhi. — Les maladies de l'oreille, la surdité et la surdi-mutité au point de vue civil et médico-légal (*Gazz. med. ital. lomb.*, Milano. 1886, VIII, p. 233-237).

Mackensie (Duncan). — Moyen d'empêcher l'irritation du conduit auditif dans l'otite suppurée (*Brit. med.*, 8 janvier 1887).

Magabbaes. — Otomycosis (In-8°, Rio-Janeiro, 1886).

Milkins. — Otite moyenne (*New England Med. Gaz.*, nov. 1886).

Mitchell. — Une modification de la poire à air de Politzer (*N.-Y. state Med. Assoc.* et *N.-Y. med. Journ.*, 27 nov. 1886).

Montefusco. — Otite et scarlatine (*Arch. Internaz. di lar. Otol., etc.* fasc., IV, 15 déc. 1886).

Paquet. — Corps étranger de l'oreille (*Bull. méd. du Nord*, n° 10, octobre 1886, p. 449).

Pomeroy (O.-D.). — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 déc. 1886.

Pooley (Th.). — Névrite optique double et maladie de Menière (*The N.-Y. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Proudfoot. — Maladie de l'apophyse mastoïde terminée par un abcès du cerveau (Montréal, *Med. chir. Soc.*, 5 nov., compte rendu in *Med. News*, 27 nov. 1886).

Prussak. — Causes de la rupture du tympan (*Ezened. Klin. Gaz.*, Pétersbourg, 1886, VI, p. 53-76-102).

Richey. — Atrophie générale de l'appareil conducteur de l'ouïe (inflammation au début) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XVI Bd, 4 Heft, 31 déc. 1886).

Robb (R.). — Vapeurs de chloroforme dans les douleurs d'oreille (*Brit. med. Journ.*, 27 nov. 1886, p. 1030).

Rolland. — Malformation de l'oreille (*Soc. anatom. de Paris*, oct. 1886).

Rossi (D.). — Relevé statistique d'otologie de 1882 à 1885 (Rome 1886).

Roulleaud. — Anomalie de l'oreille externe, absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache (*Soc. anatom. de Paris*, 15 décembre 1886, et *Progr. méd.*, 8 janv. 1887).

Rutherford. — Du sens de l'ouïe (*The Lancet*, 1er janv. 1887).

Savage. — Nouvelle méthode pour traiter l'inflammation suppurée de l'oreille moyenne (Nashville, *Journ. of Med. and surg.*, déc. 1886).

Schubert. — Un galvanocautère pour le tympan (*Arch. f. Ohrenheilk.* XXIV Band, 1 Heft, 30 nov. 1886).

Schulte (Ed.). — Une conséquence fâcheuse des instillations d'alcool dans la caisse du tympan (*Bollet. delle malat. dell' Orech. della Gola, etc.*, n° 1. jan. 1887).

Sexton. — L'opération de Sexton dans le traitement radical de l'otorrhée (*The practit. Soc. of N.-Y.*, et *The med. Rec.*, 20 nov. 1886).

Steinbrugge (H.). — 1° Affection labyrinthique double au cours d'une méningite cérébro-spinale; 2° affection labyrinthique dans un cas de leucémie; 3° contribution à l'étude de la fonction du limaçon (*Zeitsch. f. Orenhr.*, XVI Bd, 4 Heft, 31 déc. 1886).

Story (J.). — Exostose du conduit auditif (*The Dublin Journ. of Med. Sc*, janv. 1887).

Suñé y Molist. — Aperçu clinique sur l'histoire des otites compliquées de lésions de l'os temporal (*Revista de lar. Otol. y Rin.*, n° 6, déc. 1886).

Suñé Mylolist. — Notes cliniques pour servir à l'histoire des otites compliquées de lésions osseuses du temporal (*Revista de lar. otol. etc.*, n° 7, janv. 1887).

Symington. — De la portion mastoïdienne de l'os temporal (*Edimb. Med. Journ.*, oct. 1886).

Terrier et Rollin. — Plaie des deux oreilles par balle de revolver, extraction des projectiles, troubles oculaires intellectuels consécutifs. (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, n° 12, 1886).

Turnbull. — Etudes récentes et observations sur les bourdonnements d'oreille (*Med. and Surg. Rep.*, 1 janv. 1887).

Turnbull (L.). — Etude récente et observations sur les bourdonnements d'oreille (*The Med. and Surg. Report.*, 1er janv. 1887).

Voltolini. — Quelques remarques sur les parasites de l'oreille et des fosses nasales chez l'homme et les mammifères (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 8 et 9, août et sep. 1886).

Watraszewki. — Remarques sur un cas de chancre de l'oreille moyenne (*Petersburger med. Wochenschr.*, n° 44, 1886).

Weinlechner. — Ostéome de la région mastoïdienne enlevé par opération. Ouverture des cellules mastoïdiennes; Otite moyenne suppurée consécutive avec perforation du tympan. Guérison (*Monatsschr, f. Ohrenheilk.*, n° 10, nov. 1886).

Whelan. — Un cas de maladie de Menière (*Alabama Med. and Surg. Journ. Birmingh.*, 1886, I, p. 15-18).

White. — Résultat des travaux faits à l'infirmerie de Richmond, sur la maladie des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 580).

XX. — Quand doit-on seringuer l'oreille (St-Louis, *Med. and Surg. Journ.*, sep. 1886, n° 3).

Croup et Diphtérie.

Albertis (de). — Croup de l'œsophage : examen anatomo-microscopique (*Riforma médica*, an I, n° 261, Naples, 1886).

Bouchut. — Résurrection du tubage de la glotte dans le croup (*Paris méd.*, n° 3, 15 janvier 1887).

Borgi (G.-D.). — Notes pédiatriques : diphtérie, etc. (*Arch. di Pat. Infant.*, an. IV, n° 6, Naples, 1886).

Campbell. — De la diphtérie (*Edimb. med. journ.*, novembre 1886).

Carter. — Analyse de quarante-cinq cas de diphtérie (*Med. news.*, 27 novembre 1886).

Cheatam. — Tubage du larynx dans le croup diphtéritique (*The Améric. pract. and. News.*, 13 novembre 1886).

Concetti (L.). — Cas de diphtérie chronique (*Archiv. di Pat. Infant.*, an. IV, n° 6, Naples 1886).

Descrotzilles. — Croup opéré et guéri, réflexions sur la trachéotomie par les procédés rapides (*France méd.*, 18 déc. 1886).

Freydier-Dubreul. — Du vinaigre combiné à l'acide phénique dans le traitement de la diphtérie (*Cour. méd.*, 27 nov. 1886).

Gonzalez (D.). — L'acide salicylique dans le coryza diphtéritique (*Anal. de Otol. y lar.*, n° 11, 1886).

Gonzalez (de Ségovie). — Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la diphtérie (*Archiv. de med. y Cirurg. delos niños*, 31 décembre 1886).

Homer O. Bates. — Tubage du larynx pour un croup diphtéritique chez un enfant de 9 mois, guérison (*The med. Rec. N.-Y.*, 18 déc. 1886).

Herringhym. — Deux cas de paralysie diphtéritique avec affection cardiaque et mouvements choréiques (*Clin. soc. of London* et *Brit. med. journ.*, 18 déc. 1886).

Irving (J.).—Traitement de la diphtérie avant, après que le larynx est atteint (*Brit. med. journ.*, 8 janv. 1887).

Jandoli. — Contribution à la thérapeutique de la diphtérie (*Giorn. med. del R. eser.*, Rome, 1886).

Lancry (G.). — Contribution à l'étude de la contagion de la diphtérie et de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Paris (*Thèse de Paris*, 10 déc. 1886).

Masini. — De la prétendue analogie de la diphtérie et de la scarlatine (*Lettre aux Arch. Ital. di laryng.*, n° 1, janv. 1887).

Montefusco. — Un cas de diphtérie aiguë (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, janv. 1887).

Mora. — De l'angine diphtéritique (*Courrier méd.*, 1er janv. 1887).

Morton. — Analogie entre le croup et l'asthme (*The Lancet*, 22 janv. 1887, p. 175).

Northrup. — Diphtérie laryngée, tubage, et anatomie pathologique (*N.-York academ. of med.*, 2 déc., et *The med. Rec.*, 11 déc. 1886).

Odent. — Des angines pseudo-membraneuses au cours de la diphtérie (*Thèse Paris*, 1887).

Palopeli. — Règles de conduite dans l'épidémie diphtéritique (*Corigliano*, 1886).

Potain. — Scarlatine ou diphtérie (*Sem. méd.*, 19 janv. 1887).

Paterne. — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie (*Thèse Paris*, 1887).

Philips (David). — Véritable croup (*The N.-Y. Med. Journ.*, 25 déc. 1886).

Renault. — De la diphtérie consécutive à la rougeole (*Thèse Paris*, 1886).

Renou. — Traitement de la diphtérie (*Gaz. des hôpit.*, 25 déc. 1886).

Seneca Powell. — De l'ozone dans le traitement de la diphtérie (*The med. Rec.*, 4 déc. 1886).

Simon (Jules). — De la diphtérie larvée (*Le praticien*, 27 déc. 1886).

Sorensen. — Croup et trachéotomie (*Nord. med. Ark.*, XVIII).

Suckling. — Paralysie diphtéritique (*Birminghan med. Rev.*, janv. 1887).

Tomas Valera y Jimenez. — Observations d'angines diphtéritiques (*Anales de Otol y laring.*, n° 9, 1886).

Valin. — Étude sur la diphtérie dans le département de la Seine-Inférieure (*Thèse Paris* 1887).

Willito (M.). — Tubage du larynx dans le croup (*The Améric. pract. and News*, 27 nov. 1886).

Winn. — Tubage du larynx dans la diphtérie et le croup pour remplacer la trachéotomie (*Journ. of Amér. méd. Assoc* , 13 nov. 1886, p. 556).

XX. — La diphtérie (*Le Moniteur thérapeutique*, n° 12, 6 déc. 1886).

XX. — Traitement de la diphtérie (croup, angines couenneuses) (*Revue anal, in Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1886, n° 144).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Attimont. — Note sur une déviation du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive droite, dans l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 novembre 1886, n° 2).

Audry. — Angine de poitrine. Goître exophtalmique (*Lyon méd.*, 2 janvier 1887).

Le Bec. — Goître kystique sanguin, injection d'iode, guérison (*Gaz. des hôpitaux*, 1er janvier 1887).

Bennett. — Observations sur le traitement du Dr Bergeon dans les affections chroniques du poumon et des voies aériennes (*Brit. med. journ.*, 18 décembre 1886).

Blachez. — Injections rectales gazeuses (*Soc. de Thérapeut.*, 25 déc. 1886).

Bock. — De la mutité bystérique (*Deutsche med. Ztg.*, nos 103 et 104, 1886).

Braasch (H.). — Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage (Kiel, 1886, chez Lipsius et Tischer, 19 pages).

Bremer. — Du vertige essentiel (*Journ. of Amér. med. Assoc.*, 11 décembre 1886).

Bürkner. — De l'utilité pratique de la lumière incandescente du gaz de M. Auer pour l'usage médical (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 48, 1886).

Burine (D.). — Considérations sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement (*Thèse Paris*, décembre 1886).

Cohen (J. Solis). — Lésions et affections de l'œsophage (*Internat. Encycl. Surg. New-York*, 1886, VI, 1-43).

Collins-Colman. — Des rapports de la folie et du goître exophtalmique (*The Lancet*, 8 janvier 1887).

Coplin. — Deux cas d'arrêt de sifflets (Tay Whistler) dans l'œsophage (*Philad. med. Times*, 11 décembre 1886).

Duguet. — Goîtres et médication iodée interstitielle (*Trib. méd.*, 1er décembre 1886).

Feuilletaud (G.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche (Paris, 1886, 47 pages).

Flinn (E.). — Rétrécissement de l'œsophage (*Brit. med. journ.*, 1er janvier 1887, p. 19).

Flinn (E.). — Rétrécissement de l'œsophage (*The Lancet*, 22 janv. 1887, p. 177).

Fort (J.-A.). — Kyste du corps thyroïde ; extirpation ; guérison (*Gaz. des Hôp.*, 13 janvier 1887).

Fournier. — Syphilis héréditaire tardive (Paris, 1886).

Gallozzi. — Kyste échinocoque du thyroïde (*Riforma méd.*, an II, nº 288, 1886).

Grancher. — Les adénopathies trachéo-bronchiques (*Revue des mal. de l'enfance*, janvier 1887).

Granger (A.). — Emploi de l'air comprimé et raréfié dans le traitement de la bronchite chronique, de l'emphysème et de l'asthme spasmodique (*Brit. med. journ.*, 18 décembre 1886).

Graziadeï. — La ventilation pulmonaire, etc. (*Arch. Internaz. di Laring.*, etc., an I, nº 4, 1886).

Hervouet. — Goitre exophtalmique avec autopsie (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 décembre 1886, nº 2).

Heydenreich. — L'énucléation intra-glandulaire du goitre (*Sem. méd.*, 12 janvier 1887).

Harley (J.). — Le goitre est-il héréditaire? (*Brit. med. journ.*, 27 nov. 1886, p. 1030).

Landouzy. — Goitre exophtalmique (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier 1887).

Lecomte. — Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses (*Thèse Paris*, 1887).

Lejars et **Le Roy**. — Goitre suppuré, ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droite. Ligature de la carotide primitive, mort (*Soc. anat. de Paris*, 29 octobre 1886).

Lotio (S.). — La coqueluche et la cocaïne (*Gaz. degli osp.*, 1886, nº 98).

Meuron. — Recherches sur le développement du thynnus et de la glande thyroïde (Genève, in-8º, 1886).

Michael. — Du traitement de la coqueluche (*Archiv. f. Kinderheilk.* Bd. VIII).

Netter. — Gangrène pulmonaire déterminée par une perforation œsophagienne consécutive à l'élimination d'un ganglion bronchique (*Progrès méd.*, 1er janvier 1887).

Notta. — Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles (*Normandie médicale*, 15 septembre 1886).

Reed (J.). — Rétrécissement de l'œsophage (*The med. and surg. Rep.*, 13 novembre 1886).

Reimann. — Deux questions au sujet des anomalies du langage (*Berliner Klin. Wochenschr.*, nº 51, 20 décembre 1886).

Renzi (De). — Forme anormale et traitement du goitre exophtalmique (*Rivista clin. e Terap.*, janvier, nº 1, 1887).

Robson (Mayo). — Traitement des kystes du corps thyroïde (*The Lancet*, 22 janv. 1887).

Ruault. — Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies (*France méd*, 1 et 4, janvier 1887).

Seifert. — Présentation de la lumière incandescente de M. Auer (*Soc. Physic. med. de Wurzbourg, in Münchener med. Wochenschr.*, nº 1, 4 janvier 1887).

Sloan. — Rapport du goitre avec la menstruation et la grossesse, et de l'influence du système sympathique sur sa production (*Edimb. med. journ.*, septembre 1886).

Stadelmann. — De la ligature de la carotide (*Münchener med. Wochenschr.*, nº 36, 7 septembre 1886).

Turner (Ph.). — Abcès rétro-œsophagien, ayant occasionné la mort par compression de la trachée (*The Lancet*, 1er janvier 1887).

Voltolini. — Des opérations électrolytiques avec démonstration d'instruments (*Monatsscchr. f. Ohrenheilk.*, nº 10, octobre 1886).

Zemann (A.). — De la tuberculose de l'œsophage (*Soc. des médecins de Vienne*, 26 novembre 1886, *in Wiener allg. Ztg.*, nº 48, 30 nov. 1886).

NOUVELLES

Nous lisons dans les *Archivii Italiani de Laringologia*, (nos 3 et 4 — 1886), la revendication suivante de M. le professeur Masséï à propos de *Deux cas remarquables d'érysipèle du larynx avec remarques sur l'étiologie de cette affection* (Due notivoli casi di erisipela laringea primaria con osservazioni sulla natura di questa Malattia), publiés par M. le professeur A. Fasano dans le *Bol. delle malattie dell' orrecchio, della gola e del naso* (Florence 1886).

« Telle est la traduction littérale d'un article qui a également paru, il y a quelques mois dans le *Monatss f. Ohrenh*; avec une nouvelle note me concernant et relative à mes études sur le même sujet.

« M. le professeur Fasano, a cru, grâce à cette note, se justifier suffisamment du préjudice qu'il avait pu me porter dans l'édition allemande. Prenant du reste mon silence pour de l'aquiescement, il a fait communiquer aux Archives par la direction de son journal une copie de l'extrait, à laquelle il a joint « *avec prière d'une note. — L'Auteur.* »

» Puisque l'attaque vient de lui, je consens à sortir du silence dans lequel j'étais demeuré jusqu'ici.

» Dans l'édition allemande, M. le professeur Fasano, abrégeant l'histoire de l'érysipèle du larynx, avait simplement avancé que « à Ryland revenait le mérite d'avoir le premier attiré l'attention des cliniciens sur la nature érysipélateuse de certains œdèmes qualifiés d'œdèmes de la glotte. »

» Tous ceux qui ont lu ma monographie sur l'érysipèle du larynx, comprendront facilement combien j'ai dû être affligé d'une citation aussi inexacte, C'est du reste ce qu'a compris le professeur Fasano lui-même qui cherche à s'en excuser par la note à laquelle j'ai fait allusion, et qu'il a écrit en tête de son article, immédiatement au-dessous du titre. Il est dit dans cette note que les auteurs cités avaient parlé d'érysipèle secondaire, alors que c'est moi qui le premier ai défini exactement l'érysipèle laryngé primitif.

» M. le professeur Fasano qui est d'une parfaite loyauté lorsqu'il écrit en italien, aurait dû agir de même quand il écrivait en allemand ou tout au moins envoyer au journal allemand une note rectificative; il eut ainsi fait l'aveu de sa faute, conduite toujours digne d'éloges. Le lecteur pourra du reste voir par la suite que, même en italien, je fus assez malmené par cet auteur.

« Un des deux malades dont on rapporte l'observation mourut, et le professeur

Fasano put, à l'aise, en faire l'autopsie et, par des recherches bactériologiques, établir la nature de l'érysipèle. Tout en confessant que j'avais ignoré jusqu'à ce jour sa compétence en bactériologie, j'avoue qu'il est regrettable qu'il n'ait pas donné aux intéressés communication de ses recherches. Il eût été bon aussi, puisqu'il savait que j'avais lu mon travail devant l'Académie médico-chirurgicale de Naples qu'il choisît pour arbitre le même tribunal.

» Jusqu'ici, le Professeur Fasano et moi nous n'avons eu que des relations très courtoises et, si j'ai bon souvenir, il a durant quelques mois fréquenté mon laboratoire alors que j'étais privat-docent.

» Compatriotes, poursuivant les mêmes études et collaborateurs des mêmes journaux, il aurait dû comprendre que dans cette question importante de l'érysipèle laryngé, c'était rendre hommage à un ami, sans préjudice aucun par ses propres intérêts, que de le citer. Pourquoi dénaturer la vérité auprès des étrangers et paraphraser en le contredisant d'une façon équivoque dans une autre langue, ce qu'en Italien, a su dire si clairement? Et après tout, il est bon de dire que lui-même, Fasano d'une sagesse exemplaire et d'un sang-froid exceptionnel, me prie de revoir son article. Aussi ne tarderai-je pas à le satisfaire, et repassant ce qu'il a écrit dans sa préface à propos de l'érysipèle du larynx : *Derniers progrès de la laryngologie*, il est un point que je veux signaler. Ainsi le lecteur pourra se former une juste idée de la manière de voir du professeur Fasano et il comprendra l'empressement qu'il a mis à me rendre justice.

» Voici textuellement, le passage dont il est question :

« Un grand nombre de médecins américains et des plus distingués, avaient, au commencement de ce siècle, signalé quelques épidémies d'érysipèle du larynx et des poumons. Semon, Dausel et autres auteurs en observèrent des cas qu'ils qualifièrent d'érysipèle primitif du larynx. La littérature et les traités spéciaux sont déjà riches d'observations sur l'érysipèle primitif du larynx et des poumons. Mon confrère (merci de l'honneur!) le professeur Masseï a récemment publié sur ce sujet une monographie dans laquelle, s'appuyant sur des observations faites par lui, il affirme qu'une plus grande extension doit être accordée aux érysipèles primitifs du larynx parmi lesquels doivent être rangés certains cas injustement dénommés œdèmes du larynx. »

» Nous laissons le lecteur seul juge impartial de cette analyse.

» Docteur Masseï. »

M. le Dr J. Solis-Cohen vient d'être nommé président de la « *Philadelphia Comity médical Sociéty* » pour l'année 1887.

Nous apprenons que M. H. Krause, de Berlin, a décliné l'honneur d'être secrétaire de la section laryngologique au Congrès international de Washington.

Bordeaux.— Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

BURKNER. — Die Verwendbarkeit des Auer'schen Gasglühliches zu médic. Zwecken (Separ: abd. aus *Berlin klin. Woch.*, nº 48, 1886).

CARDONE. — Clinica laringoiatria della Regia Univ. di Napoli (dal Prof. Masseï) (*Recondito dell' Ann.*, 1885-86, Naples, 1886).

COLLET (J.). — Etude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Thèse de Lyon*, 1886).

COZZOLINO (V.). — Lezioni sulle malattie dell'Orecchio (Tipogr. Trani, Naples, 1887).

FRAENKEL (B.), — Krankheiten der Nase, des Kehlkopfes und der Kuftrohre (Tirage à part du *Jaresbericht der ges. Med.*, 1885, Bd II).

HABERMANN. — Zur pathologischen anatomie der ozaena simple S. vera; (Prag. 1886).

JURASZ. — Ueber die Sondirung der Stirbeinhöhle (Sep. abd. aus *Berlin kl. Woch.*, nº 3, 1887.

JURASZ. — Ein Knochenstück in der Kehlkopfhöhle eines 22, Monat. alten kindes, laryngoscop. nachgewiesen und entfernt (Sep. ald. aus der *Monat. f. Ohr.*, nº 12, 1886).

DE LAMALLERÉE. — Etude sur la laryngite syphilitique (*Thèse de Paris*, 1880).—Etude sur la phtisie laryngée (Recherches cliniques, Gannat, 1886):

MEMORIAS leidas en la 2me série de sessiones de la Soc. Espagnola de laryngologia, otologia, etc. (T. I, fasc II, 1886).

MICHAEL. — Ueber Keuchtustenbehandlung (Tirage à part de *Archiv. f. Kinderheilk.*, VIII Band).

MICHAEL (Hambourg). — Ueber Keuchtustenbehandlung (Separ. abd. aus *Arch. f. Kinderheilk.*, B. VIII).

SCHAEFFER (Max). — Rhinologische Mittheilungen (Separ. abd. aus des *Monatssch. f. Ohrenh.*, nº 11, 1886).

SCHAEFFER (M.). — Rhinologische Mitteilungen (Tirage à part de *Monatssch. f. Ohrenh.*, nº 11, 1886).

TRANSACTIONS *of the American Otological Society*, vol. 3, part. 5, Mercury publ. Company (New Bedfort Mass., 1886).
